SÉANCE D'INAUGURATION

DU NOUVEAU BATIMENT

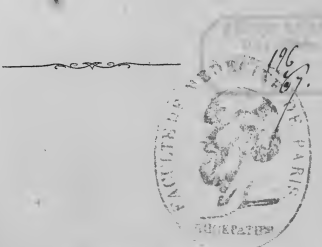
DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE STRASBOURG

Présidée par M. CHÉRUEL, recteur de l'Académie

le 29 novembre 1866.



STRASBOURG

TYPOGRAPHIE DE G. SILBERMANN.

1867.



DISCOURS

prononcé par M. EHRMANN

DOYEN DE LA FACULTÉ.

M. le recteur de l'Académie ayant ouvert la séance et donné la parole au doyen de la Faculté de médecine, M. Ehrmann s'exprime en ces termes :

Messieurs,

C'est une douce obligation pour moi que de venir, dans cette enceinte, payer un juste tribut d'hommage et de gratitude à ceux qui ont bien voulu contribuer à la création du monument qui nous réunit aujourd'hui et qui me permet d'y saluer tout à la fois magistrats, corps académique et concitoyens de tout rang. Pénétrée d'une profonde reconnaissance envers le ministère de l'instruction publique et le conseil municipal de la ville de Strasbourg, la Faculté de médecine se félicite de pouvoir jouir enfin des avantages d'une concentration que, dans l'intérêt de l'enseignement et de ses services administratifs, elle appelait de tous ses vœux.

Grâces à de généreux sacrifices, soutenus par le bienveillant appui du premier magistrat du département, par le concours empressé de l'honorable maire de la ville et la vive sollicitude du respectable chef de l'Académie, nous sommes arrivés à l'époque si longtemps désirée où vont cesser, je l'espère, des fluctuations qui avaient été très-souvent préjudiciables à la marche régulière de nos exercices. — On pourrait s'étonner peut-être, et avec quelque raison, que nous ayons eu à souf-

frir, jusque dans ces derniers temps, de ces déplacements successifs, le fonctionnement de notre école datant déjà de plus d'un demi-siècle. — La raison en est bien simple cependant. Entraînés dans le tourbillon d'exigences variées et de prétentions diverses, les établissements d'instruction publique de notre ville ont eu à subir, à différentes reprises et pour des motifs plus ou moins avouables, de fréquentes péripéties. — Nos institutions médicales *surtout* n'ont pas su leur échapper, et à l'exception de l'enseignement clinique donné à l'asile du pauvre, dont nous nous rapprochons aujourd'hui, les cours théoriques de la Faculté de médecine ont retenti successivement dans divers quartiers de la cité; mais désormais toute notre sphère d'activité va se trouver concentrée non-seulement dans les vastes salles de l'Hospice civil, mais encore dans le nouveau bâtiment qu'inaugure en ce moment votre présence.

Permettez-moi maintenant, Messieurs, de vous conduire un instant par voie rétrospective à travers la route qu'a parcourue l'enseignement de la médecine à Strasbourg, et de jeter un coup d'œil rapide sur quelques faits relatifs à son influence sur l'*organisation* et les *progrès* de nos études. Le vénérable chef de l'Académie nous a retracé, il y a peu de jours, de sa voix éloquente, le tableau de l'ancienne Université, ainsi que les phases par lesquelles a passé l'Académie de Strasbourg, à l'époque où notre antique cité, placée sur les limites de deux vastes empires, acceptait de la France la science du progrès, et de l'Allemagne les fruits de ses savantes élucubrations.

Au sortir du chaos de la fin du siècle dernier, nos institutions médicales, un moment anéanties, supprimées, se relevèrent de leurs cendres. Le gouvernement d'alors avait décrété *trois grands foyers* d'instruction médicale, et, de ce moment, Paris, Strasbourg et Montpellier se partagèrent ensemble l'honneur de l'enseignement de la médecine. C'est sous les

titres successifs d'*École de santé*, d'*École spéciale de médecine* et de *Faculté de médecine* que fonctionne, depuis 1794, notre mécanisme scientifique, et l'Université impériale, fondée en 1808, est venue sanctionner par un nouveau décret notre organisation telle qu'elle existe encore de nos jours. Deux hommes distingués, il faut le répéter, et qui avaient déjà appartenu à l'ancienne Université, Hermann et Lauth, furent seuls réintégrés dans les chaires qu'ils avaient jadis illustrées. Si dans l'un d'eux nous retrouvons le savant auteur de l'*Histoire de l'anatomie*, nous admirons dans l'autre le fondateur du superbe Musée d'histoire naturelle, l'une des gloires de la ville de Strasbourg.

La nouvelle École de médecine, une fois constituée quant au personnel, il fallait de l'espace pour s'abriter et pour fonctionner. C'est alors que le grand Séminaire épiscopal devint tout d'abord le siége de l'Académie; ce local fut bientôt échangé contre l'hôtel de la Prévôté, et l'on est allé s'installer plus tard dans l'emplacement excentrique que l'Académie occupe encore aujourd'hui. La Faculté de médecine suivit toutes ces phases; mais, *plus qu'aucune autre de ses sœurs*, elle devait souffrir de ces continuelles translations. Il était temps qu'il y fût mis un terme! Déjà l'administration des hospices, toujours si accessible à nos vœux et d'accord avec le généreux vouloir de la ville, avait cédé une partie de son territoire et de ses localités pour opérer un commencement de centralisation. Ces premières améliorations ont été réalisées grâces à l'énergique initiative de mon honorable prédécesseur, M. Coze, ancien doyen de la Faculté de médecine; enfin le bâtiment que nous venons occuper aujourd'hui me permet de proclamer l'accomplissement de désirs bien légitimes et de saluer une ère nouvelle qui se produit dans les annales de notre École.

Mais il est temps de se demander, et cette question n'est pas sans intérêt, quels sont donc les avantages réels que notre enseignement doit retirer des services concentrés auxquels

nous n'avions cessé d'attacher une grande importance, et quelle est la part que la récente construction a dû réserver à l'installation des richesses matérielles de la Faculté. — Et d'abord, de bien justes et mérités éloges sont dus à l'éminent artiste, à l'habile architecte de la ville de Strasbourg! C'est lui qui a conçu et exécuté avec une rare sagacité le plan de ce palais académique, dont la distribution intérieure, dût la critique en sourire, répond parfaitement à l'exigence de nos besoins, tout comme les élégantes façades témoignent du bon goût de celui qui les a fait exécuter. Il nous fallait, tel que je l'ai compris, de vastes laboratoires de chimie, appropriés aux nombreux usages de l'enseignement et de la science moderne, un cabinet de physique pourvu de tous les appareils et instruments de précision, une salle destinée à contenir une collection de substances médicamenteuses tirées des trois règnes de la nature, de même qu'un spacieux local pour y placer une bibliothèque indispensable; il importait, de plus, d'installer l'administration de la Faculté, et de créer enfin un amphithéâtre de cours publics pouvant servir, au besoin, à des cérémonies officielles. Le problème me semble résolu; l'opportunité est devenue une réalité, et Strasbourg compte aujourd'hui un utile établissement de plus!

Je ne puis passer sous silence, Messieurs, quelques créations qui devaient trouver leur place dans ce nouvel établissement et qu'il faut ranger à côté des ressources déjà existantes de l'enseignement. C'est en premier lieu un service de chimie pathologique annexé aux cliniques de la Faculté. L'analyse des produits anormaux du corps humain, les *recherches* relatives aux altérations des liquides de l'économie, destinées de nos jours à jeter une vive lumière sur la science du diagnostic, avaient besoin d'un emplacement particulier, où l'élève, dirigé par le maître, pût trouver, dans des manipulations intelligentes, un puissant auxiliaire pour s'éclairer dans ses doutes et se confirmer dans ses prévisions. Une partie de cette tâche

incombe depuis longtemps, et doit lui rester encore confiée, au digne pharmacien en chef des hospices civils. Ce savant modeste s'est empressé, toutes les fois que l'occasion s'en présentait, de nous prêter, au foyer de son officine, les secours de son talent et de ses profondes connaissances en chimie appliquée.

De plus, nous avons trouvé nécessaire d'établir un second laboratoire, où la physiologie expérimentale pourra fournir, à son tour, l'appoint indispensable à l'exposé des doctrines biologiques, et compléter ainsi la série des exercices pratiques si essentielles à un bon enseignement médical.

Il en est de même de nos collections d'histoire naturelle dont la médecine fait son profit : réparties jusqu'à ce jour dans des locaux éloignés les unes des autres, elles devaient profiter également du principe de concentration. La botanique et la matière médicale vont réunir leurs musées et leurs herbiers à proximité du lieu où l'instruction se donne.

Enfin la Faculté de médecine espère que, grâce à la puissante intervention de l'honorable chef de l'Académie, elle obtiendra les facilités nécessaires à l'installation de sa bibliothèque, qui, par une mesure administrative générale, a été incorporée, depuis une dizaine d'années, dans la bibliothèque de l'Académie. Ce vœu ne peut rester stérile; le Conseil académique vient de l'accueillir, et d'impérieuses nécessités en réclament l'accomplissement comme conséquence naturelle de notre nouvelle organisation.

Pour achever le tableau de cette longue série de ressources matérielles indispensables à l'enseignement donné par la Faculté, ajoutons encore le riche Musée d'anatomie, un complet arsenal de chirurgie et d'obstétricie, et vous vous persuaderez volontiers, Messieurs, de la nécessité qu'il y avait de concentrer les éléments de ces divers matériaux pour les rendre facilement accessibles à ceux qui ont tant besoin de les consulter et de les étudier.

Mais jusqu'à présent, Messieurs, je ne vous ai entretenus que des heureuses dispositions de notre sanctuaire scientifique, de la partie pittoresque pour ainsi dire, de l'édifice médical, de cette première étape de notre difficile étude, dont l'horizon est sans bornes et dont les perfectionnements ne s'effectuent que de générations en générations. Quittons un instant ces voûtes, et suivez-moi par la pensée vers cette maison de charité, asile du pauvre, où maîtres et élèves, pleins de zèle et d'humanité, viennent se dévouer, en s'instruisant, au soulagement et à la consolation du malheureux qui souffre. C'est là que commence cette espèce de sacerdoce qu'est appelé à remplir un jour le jeune médecin exerçant aujourd'hui, sous les yeux et la sage direction de son premier guide, pour acquérir le tact si nécessaire à la plus noble des professions; c'est au lit du malade, disons-le, que doivent se développer, se révéler ces inspirations fondées sur une solide éducation médicale, et qui n'attendent plus que l'expérience pour être sanctionnées.

Je ne prétends point ici poétiser notre condition; ce qui m'importe, Messieurs, c'est de faire ressortir, à côté de la méthode perfectionnée de l'enseignement pratique, les avantages matériels que procurent à ce fonctionnement les dispensateurs des deniers publics : ville et département s'unissent, par de larges et généreuses subventions, pour garantir à la médecine clinique, au moyen d'admissions gratuites de malades, toutes les ressources d'instruction qu'elle peut désirer, et la Commission administrative des hospices s'associe à cette mesure dans l'intérêt des nécessiteux. Aussi notre reconnaissance égale ces sacrifices, et les faire connaître devient un pieux devoir. Est-il nécessaire de toucher encore une fois au préjugé répandu dans le vulgaire, et d'après lequel on ferait servir l'indigent à des expérimentations thérapeutiques? — Il y a longtemps que justice a été faite de ce ridicule reproche, et le monde peut constater tous les jours que les modes de

traitement mis en usage dans les services cliniques n'ont pour but que de vérifier l'excellence des méthodes curatives et d'efficacité des moyens administrés. D'ailleurs, n'est-ce pas dans les hôpitaux que les médecins les plus renommés et les plus habiles prodiguent leurs soins aux malades qui y sont admis? S'il est au contraire un fait de nature à éveiller la sollicitude du philanthrope en faveur de la population d'une salle de clinique, ce serait la trop grande accumulation des élèves qui viennent s'y instruire en se livrant aux explorations nécessaires pour atteindre ce but! L'organisation actuelle a cherché à parer à cet inconvénient : de plus nombreuses salles ont été mises à la disposition de la Faculté par l'administration des hospices, et deux professeurs de clinique de plus se partagent les honorables fonctions de cet enseignement pratique.

Mais cette dernière tâche n'incombe pas seulement aux professeurs titulaires des cliniques magistrales de médecine, de chirurgie et d'obstétricie, car des cliniques dites *spéciales* fonctionnent également dans l'intérêt de nos assidus élèves; l'on y enseigne l'ophthalmologie, les maladies des enfants, celles des vieillards, les affections cutanées; le tout confié à d'honorables collègues, chargés en outre de cours théoriques.

Vous rencontrerez, Messieurs, dans le cadre de nos études un terrain fondamental dont je n'ai pas encore fait mention; les travaux que l'on y cultive se dérobent aux regards du profane, et ce n'est que par les résultats que l'on apprend à en connaître la valeur : ce terrain, c'est l'anatomie pratique. L'étude qui s'y rattache se compose de deux parties bien distinctes : dans la première on apprend à connaître la forme, les rapports, l'agencement et la structure des tissus dont se compose l'organisme à l'état normal : elle sert à faire comprendre le jeu, le mécanisme des appareils organiques dans l'état de vie et de santé; la seconde a pour objet la connaissance des altérations que peuvent subir les diverses parties de l'économie; altérations et changements que révèle l'autopsie

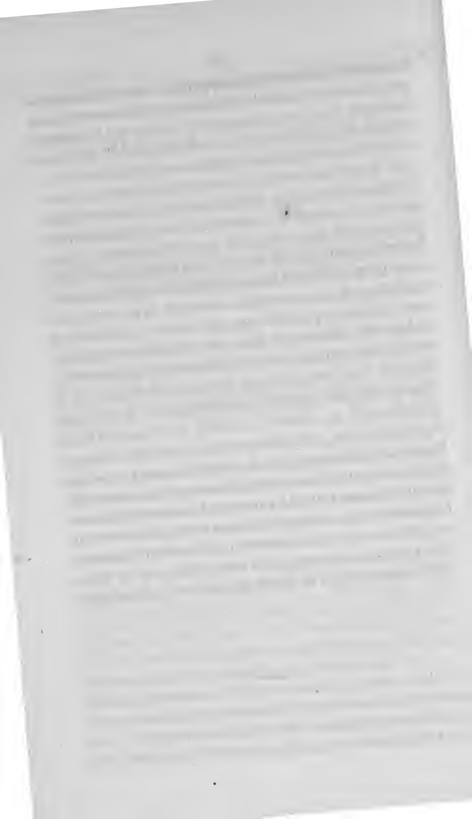
et qui apparaissent tantôt comme cause, tantôt comme effet de ces troubles, de ces manifestations morbides communément appelées *maladies*. C'est entre ces ressources également instructives que vient s'implanter l'observation clinique, cet élément si indispensable au succès des études médicales.

Il est enfin un fil conducteur qu'il convient d'invoquer pour l'interprétation des phénomènes de la vie que nous étudions : c'est la physiologie du corps sain et la physiologie pathologique. Ces sciences d'une importance incontestable acquièrent, par la direction pratique qu'on leur a imprimée dans ces derniers temps, une immense valeur dans l'exploration du vaste champ de la médecine. Elles servent entre autres à faire comprendre et à expliquer le mode de formation des désordres organiques et l'action des agents médicamenteux. Or les maladies n'étant, comme on dit, que des phénomènes physiologiques dans des conditions nouvelles, les actions curatives doivent pouvoir se réduire en définitive à de simples modifications dans les propriétés de la matière ou, pour parler le langage de la science, dans la nature des éléments histologiques de nos tissus. La tâche du médecin savant est donc, comme on l'a dit, de ramener l'indéterminé au déterminé; car l'organisme vivant est un appareil admirable, doué de qualités merveilleuses et mis en activité à l'aide de mécanismes les plus complexes et les plus délicats. Or les propriétés de la nature vivante ne pouvant être connues que par ses rapports avec les propriétés de la nature brute, il en résulte que les sciences qui ont pour objet la vie, doivent avoir pour base nécessaire les connaissances anatomiques, physiologiques et physico-chimiques, dont elles empruntent aujourd'hui leurs moyens d'analyse et d'investigation.

Mais je m'aperçois, Messieurs, que je m'engage, sans le vouloir, dans le domaine de la philosophie médicale, alors que je n'avais en vue que de faire connaître une partie de notre programme raisonné et les ressources indispensables sur

lesquelles s'appuie nótre enseignement, ressources concentrées aujourd'hui matériellement dans les établissements nouveaux que la ville et les hospices, secondés par le généreux concours du gouvernement, ont mis avec tant de grâce à la disposition de la Faculté de médecine reconnaissante.

Un dernier mot encore à mes honorés collègues et à notre jeunesse studieuse. Près d'un demi-siècle me sépare de l'époque où j'ai commencé à prendre part aux honorables fonctions qui nous sont confiées; il y a plus longtemps encore, il m'en souvient, qu'assis sur les bancs de notre Ecole, je me suis toujours édifié de la bonne confraternité régnant entre les étudiants et de la respectueuse déférence qu'ils portaient à leurs maîtres. Aujourd'hui plus que jamais, professeurs et agrégés, tous pénétrés du même zèle, remplissent leurs devoirs souvent pénibles, avec un dévouement des plus consciencieux. Et si, d'une part, nous avons à nous féliciter de la confiance que nous témoigne l'administration de la guerre en nous chargeant de l'instruction de MM. les élèves de l'Ecole de santé militaire, nous nous assurons, d'un autre côté, et toujours avec satisfaction, que le contact avec leurs camarades MM. les étudiants civils, et la bonne harmonie qui règne entre eux, ne font que tourner à l'avantage des uns et des autres. La réputation et la prospérité de notre École se maintiennent en partie à ce prix, l'enseignement et l'instruction y gagnent, et la science pourra compter, à tout jamais, sur de dignes représentants sortis de la Faculté de médecine de Strasbourg.



DISCOURS

de M. CH. SCHÜTZENBERGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE.

De l'esprit de l'enseignement de la Faculté de médecine de Strasbourg et des conditions de son développement progressif.

Messieurs,

La Faculté de médecine subit la dernière phase d'une crise de transformation qui décidera de son avenir. La rénovation matérielle de notre antique École n'est que le symbole de ce qui s'est fait, de ce qui doit se faire incessamment, et toujours, dans un ordre plus élevé : dans l'ordre intellectuel et scientifique lui-même.

Au moment solennel d'une de ces phases nouvelles, il pouvait paraître opportun d'évoquer devant le public médical l'esprit qui, depuis son origine, anime l'enseignement de cette école, et il pouvait appartenir à l'un de ses serviteurs dévoués de dire simplement sa pensée sur les conditions de son progrès futur.

Le progrès, Messieurs, c'est la loi qui domine l'existence de tout ce qui vit et de ce qui ne veut point mourir.

La vie ne se maintient qu'à la condition d'un incessant développement. Une évolution vivante ne saurait s'arrêter jamais. Quand elle ne progresse plus, elle rétrograde; quand elle dévie de ses voies naturelles ou quand elle reste stationnaire, son déclin commence, la décrépitude et la mort sont au bout.

Les institutions, elles aussi, obéissent à cette loi générale des organismes. Plus que toutes les autres, les institutions d'enseignement et de science lui sont soumises. Les corps enseignants se développent ou meurent selon l'esprit qui les anime.

Si nous jetons un coup d'œil sur le passé de cette École, il est

évident, pour tous ceux qui la connaissent bien et de longue date, qu'elle doit son origine, le maintien de son existence, son incessant développement et finalement sa prospérité, moins à des influences extérieures, à une impulsion étrangère, à des conditions de milieu, qu'à l'énergique activité, de ce que j'appellerais volontiers son principe vital.

Cet esprit vivifiant n'est pas de date récente, il ne doit pas son origine au décret de l'an III, qui créa les Écoles de santé en France; il ne date pas seulement de la réorganisation du haut enseignement universitaire enfanté par le génie de Napoléon.

L'École de médecine de Strasbourg ne fut pas une création arbitraire et artificielle; elle a été enfantée par le génie de la renaissance qui, dès le commencement du quinzième siècle, sonna le réveil de l'intelligence. A cet appel surgirent, partout en Europe, en Italie, en France, en Allemagne, des hommes de bonne volonté; leur initiative créa des sociétés savantes. Ces associations libres et indépendantes devinrent plus tard, sous la protection des cités et des gouvernements, des Académies, des républiques universitaires plus ou moins autonomes.

Telle fut aussi l'origine de notre ancienne Université.

Il y a peu de jours, dans une autre enceinte, le chef de cette Académie, notre honoré recteur, a tracé, de main de maître, l'esquisse historique de nos anciennes institutions. Il nous a montré leur origine et leurs transformations. Elles ont vécu indépendantes et libres sous la garantie des traités et sous la protection de la magistrature locale jusqu'en 1793.

Dans de telles conditions, l'initiative et la responsabilité étaient la loi même de l'existence des Écoles. Pour vivre, elles étaient obligées de se maintenir incessamment à la hauteur du niveau de la science; pour prospérer, il fallait s'élever toujours et ne faiblir jamais.

La tourmente révolutionnaire déracina l'arbre de la science profondément fixé dans le sol de notre cité. Cet arbre, cependant, n'était pas mort tout entier. Une main puissante le releva, sans anéantir son individualité; mais la greffe, implantée par le génie de la France, y fit circuler une séve nouvelle plus active et plus féconde.

La tradition perpétue dans les successeurs les vertus aussi bien que les voies de leurs devanciers. Si l'esprit d'initiative a survécu dans cette École à son ancienne autonomie, nous le devons, sans doute, au sentiment moral de responsabilité qui, dans toutes les conditions, restera toujours indélébile dans tout corps enseignant qui se respecte. Mais serait-ce trop que d'attribuer aussi une part à l'influence héréditaire? Ce serait se faire une idée peu juste des conditions d'existence faites à la nouvelle Faculté que de leur attribuer exclusivement tout l'honneur de son développement progressif.

Certes, la haute direction de l'Université de France, la puissante protection de l'État ont exercé, sur les progrès de notre École, une heureuse influence.

La libéralité du gouvernement plaça, dès son origine, la Faculté, pour le nombre de ses chaires, à la hauteur de sa mission. Mais, dès son origine aussi, la jeune École eut à vaincre bien des obstacles. Pour vivre et pour prospérer, il lui fallait trouver, dans sa propre vitalité, courage, force et persévérance. Son existence, plus d'une fois compromise, n'a été définitivement sauvée que par sa propre initiative.

Placée aux confins de la France, la Faculté de médecine n'a jamais eu qu'une circonscription très-limitée. Le Rhin nous sépare de l'Allemagne; déjà au delà des Vosges l'attraction de Paris exerce sur les jeunes générations médicales une influence presque irrésistible. Si dans un pays centralisé, comme le nôtre, avec une capitale comme Paris, dont les ressources intellectuelles et matérielles sont immenses, les Écoles de haut enseignement ont de la peine à se soutenir en province, quelle peut être leur situation matérielle quand un trop grand nombre de petits foyers scientifiques sont incessamment appelés à une vie factice, et qu'en face d'un centre absorbant, l'éparpillement des ressources se transforme peu à peu en institution à la périphérie? La création des Écoles secondaires de médecine marque cette période critique de notre histoire.

Quant aux autres conditions matérielles de notre passé, il nous est impossible d'attribuer une heureuse influence à la dissémination des services qui, pendant plus de soixante ans, fut pour

l'enseignement et l'administration de l'école de médecine une incessante entrave, une grave difficulté. Dirai-je ce que furent encore, après 1830, nos salles de dissection, les laboratoires de nos maîtres, les chefs des travaux d'autrefois, les services consacrés à l'enseignement clinique ?

J'étais aide de la Faculté il y a trente-cinq ans. Nos cliniques d'alors, médecine, chirurgie, accouchement, étaient reléguées et entassées dans le premier étage d'un petit bâtiment situé au fond de la cour de l'hôpital civil. Ce local existe encore, il est trop étroit pour abriter aujourd'hui une seule de nos cliniques spéciales. Là, tout semblait insuffisant, tout avait un aspect triste et presque misérable; nous étions logés au-dessus des cabanons des fous, et plus d'une fois, pendant la nuit, les cris des aliénés furieux troublaient le sommeil de nos malades et nos veilles d'étudiant. Certes, l'École dût souffrir dans de pareilles conditions de milieu, mais elles n'ont pu ni étouffer son développement, ni rendre infructueux sa haute mission d'enseignement et de science.

Si notre situation à l'extrême frontière de l'Est rétrécissait notre circonscription matérielle, elle nous mettait par contre en communication intellectuelle immédiate avec l'Allemagne. Si la dissémination des services était un fait regrettable, l'unité régnait dans l'esprit scientifique, dans les tendances élevées des maîtres et des disciples. La concordance des efforts de tous et de chacun rétablissait une large et suffisante compensation.

Les salles de dissection n'étaient que des chambres basses et infectes, mais une ardente et laborieuse jeunesse s'y donnait rendez-vous tous les jours. Jamais l'anatomie pratique ne fut cultivée avec plus d'ardeur et de succès. C'est que dans ces localités, presque indignes, régnait en maître l'esprit des recherches approfondies et des laborieuses investigations, elles étaient vivifiées par le génie des Lobstein, l'esprit chercheur des Lauth, des Ehrmann et de leurs élèves.

Faire beaucoup avec peu, tel était le problème qu'avaient à résoudre les maîtres d'autrefois sur le terrain si restreint de nos cliniques. Cette tâche difficile fut dignement accomplie par des hommes animés du feu sacré de l'amour de la science, de l'art et du progrès.

En obstétricie c'était Flamant, plus tard assisté, puis remplacé par un collègue que la Faculté compte encore avec orgueil parmi ses illustrations.

En chirurgie, c'était Ehrmann, anatomiste distingué toujours, alors jeune et brillant opérateur.

Une trentaine de lits seulement étaient consacrés à la clinique médicale; mais l'insuffisance du chiffre des malades était compensée par la méthode d'enseignement.

L'ingénieuse bienveillance de Lobstein, notre vénéré maître, offrait à tous et à chacun l'occasion d'apprendre avant tout *l'art* si difficile *d'observer par soi-même.*

Si j'évoque ces souvenirs d'un passé encore si près de nous et cependant déjà si loin, c'est qu'ils mettent en pleine évidence l'esprit d'initiative de cette École en lutte avec des obstacles matériels de plus d'un genre. A un certain moment sa force vitale a empêché la Faculté de périr d'inanition; plus tard elle domine la matière, elle s'assimile les éléments réfractaires et rompt les entraves qui s'opposent à son libre développement. La volonté puissante, l'ardente persévérance de son ancien doyen, M. Coze, si dignement remplacé par M. Ehrmann, triomphent de tous les obstacles. Les salles de dissection s'améliorent, l'anatomie pathologique obtient son chef des travaux, les cliniques magistrales s'agrandissent et se complètent, des cliniques spéciales se fondent; la Faculté enfin fait la conquête pacifique de l'hôpital. La science et l'enseignement y ont infiniment gagné, les malades et l'humanité n'y ont, j'ose le dire, rien perdu.

C'est alors qu'élevée à toute la hauteur de sa mission d'École supérieure de médecine, la Faculté est jugée digne d'une sphère d'action plus étendue que celle que lui assigne sa situation géographique et sa circonscription limitée. Le ministre de la guerre, d'accord avec le grand maître de l'Université, lui confie l'instruction de cette jeune et brillante médecine militaire, qui honore le génie humanitaire de la France dans son armée.

Ce développement progressif de la Faculté, né de sa propre initiative, ne s'est pas fait au hasard. Il a suivi instinctivement d'abord, et plus tard en connaissance de cause, une direction constante. Déterminée par une méthode scientifique sévère, cette di-

rection imprima à notre École un caractère spécial, souvent méconnu et rarement apprécié à sa juste valeur. La Faculté de Strasbourg a toujours été, et j'espère bien qu'elle restera toujours une école expérimentale, une école pratique, une école de *science positive.*

Le progrès en médecine dans le développement de l'enseignement des écoles, aussi bien que dans l'évolution de l'art et de la science, peut être très-diversement conçu. Des voies fort différentes ont été suivies en vue de le réaliser. Tout d'abord il importe de reconnaître qu'en médecine, comme dans toutes les branches de l'activité humaine, *la pratique a devancé la science.* La souffrance, la douleur, la compassion pour les maux de ses semblables ont été les premiers promoteurs de l'art de guérir; déterminer, spécifier les différentes maladies, chercher et trouver des remèdes capables de les guérir, tel fut, dans sa simplicité, le premier problème de la médecine primitive. Pour le résoudre, il n'y avait qu'une voie à suivre : *observer* les manifestations morbides, afin de distinguer les unes des autres les différentes maladies, *expérimenter*, pour trouver des moyens de les guérir. Les résultats, ainsi obtenus, constituent un domaine spécial de notions expérimentales. Leur ensemble coordonné représente la nosologie et la thérapeutique empiriques. La pratique exclusivement appuyée sur cet ordre de notions, c'est l'*empirisme médical.* Imposé par les exigences même de la pratique, l'empirisme médical, nosologique et thérapeutique s'est maintenu à travers toutes les phases du développement historique de la médecine. Il se maintiendra aussi longtemps qu'il existera des maladies dont le mode de production et l'enchaînement phénoménal restent incompris, des remèdes dont l'efficacité est un problème, des guérisons dont le mécanisme nous échappe.

C'est assez dire que la nosologie et la thérapeutique empiriques représentent dans le capital médical de la tradition un fond de connaissance d'une incontestable valeur. Conserver ce fond précieux de notions utiles et nécessaires à la pratique, le transmettre purifié par la critique, augmenté, si faire se peut, par de nouvelles découvertes, c'est là une des missions les plus essentielles de tout enseignement médical. Cette mission a été digne-

ment remplie par l'ancienne École, aussi bien que par la Faculté moderne.

Au sortir des ténèbres du moyen âge, la première tâche des Écoles de médecine ne fut point une tâche de création. On n'enfante pas de toutes pièces, on n'improvise pas ce qui ne peut être que le résultat de l'observation et de l'expérience. Ces résultats étaient enfouis sous les décombres d'une antique civilisation ruinée par la barbarie. Il fallait déterrer ces trésors, les retrouver, les vulgariser pour renouer le fil rompu de la tradition. L'enseignement médical, à l'origine de notre École, n'était et ne pouvait être qu'une émanation directe des études philologiques.

L'interprétation des textes anciens, le commentaire des œuvres des pères de la médecine, telle fut la mission des écoles naissantes. Il ne fallait pour cela ni personnel nombreux, ni matériel considérable. Deux professeurs constituaient à ses débuts toute notre École de médecine; l'un était chargé de l'enseignement pratique, l'autre de l'enseignement théorique. L'enseignement pratique consistait dans l'interprétation des ouvrages et des traités de pathologie et de thérapeutique. La théorie comprenait tout ce que l'on savait des sciences que nous appelons aujourd'hui *élémentaires*, l'anatomie et la physiologie, la botanique et la matière médicale. Cette division de l'enseignement, dès ses modestes débuts, révèle une intuition instinctive, mais profonde, des véritables conditions du progrès de la médecine. Il contient en germe tout le développement ultérieur de notre École.

Qu'est-ce en effet que cet enseignement pratique restreint à la pathologie et à la thérapeutique, sinon la consécration de ce principe qu'avant toute chose une École médicale doit conserver et propager la tradition expérimentale? Qu'est-ce, d'un autre côté, que cette conception d'un enseignement théorique qui se concentre, dès son origine, sur l'*anatomie*, la *physiologie* et les *sciences naturelles*, sinon l'intuition de cet autre principe, que la pratique doit s'éclairer au flambeau de la science; mais que la science du progrès et de l'avenir doit reposer sur la connaissance positive de l'organisme, de sa structure, de ses fonctions et de ses rapports avec le monde extérieur?

Si l'École de Strasbourg n'avait été dans le passé qu'une école

empirique, elle n'eût pas vécu plus de deux siècles d'une vie indépendante et libre; elle se serait éteinte comme meurent les organismes frappés d'un arrêt de développement. Et si, aujourd'hui encore, nous n'étions qu'une école pratique, dans le sens de l'*empirisme professionnel,* la période de décadence serait venue et notre mort prochaine.

En médecine, comme dans toutes les branches de l'activité humaine, la plus puissante impulsion du progrès pratique lui-même appartient en définitive à la *science.*

C'est l'esprit scientifique d'une école qui représente le véritable principe de sa vitalité et de son avenir.

Il est des tendances, scientifiques en apparence, et qui cependant ne sont de la science vraie qu'un vain et brillant mirage. L'esprit de système les résume. Elles sont représentées dans l'histoire par ces doctrines spéculatives, absolues, sur l'essence même de la vie, de la maladie et de la guérison. Ces doctrines n'ont jamais fondé rien de durable et de positif en médecine. Elles ont pu faire briller un jour certaines écoles, mais les corps enseignants, inféodés à un dogme, sont toujours devenus, en peu de temps, étrangers au progrès réel, un obstacle plutôt qu'un agent actif d'un développement scientifique vigoureux et sain.

La tradition scientifique est encombrée des ruines de ces systématisations ambitieuses et prématurées. Et cependant que de fois n'avons-nous pas entendu cet étrange reproche à l'adresse de la Faculté de Strasbourg sur l'absence d'une telle doctrine! Ce reproche, nous l'acceptons pour le passé, pour le présent, aussi bien que pour l'avenir; nous l'acceptons comme un titre d'honneur. Il glorifie le bon sens, l'esprit critique, la méthode qui dominent le développement historique de cette École.

Oh! si l'on avait pu dire quelque jour: la science chez vous est en retard, son courant vous dépasse, et vous restez en arrière; ce reproche eût été de nature à faire faire à tous et à chacun d'entre nous un sérieux examen de conscience. Mais les doctrines biologiques spéculatives et la science biologique positive, représentation intellectuelle des réalités des faits organiques et vitaux, sont, Dieu merci, choses bien différentes.

Bien des doctrines ont surgi et sont mortes depuis trois siècles.

En face de ces tentatives, l'École de Strasbourg n'est pas restée indifférente; mais son rôle, dans cette direction, n'a jamais été ni celui d'une initiative téméraire ni celui d'un aveugle entraînement. Elle a pu et dû subir plus d'une fois l'influence de certaines idées dominantes; mais sa critique a été généralement libre et indépendante.

Cette critique indépendante, née du libre examen, a souvent été confondue avec l'éclectisme. Ce reproche d'éclectisme, voire même de syncrétisme doctrinal, n'a pas fait défaut à l'École de Strasbourg. Elle a dû laisser dire, et, fidèle à la méthode expérimentale, son critérium et son guide, elle a continué, avec une persévérante patience, ses travaux de critique indépendante des doctrines, d'assimilation et de progrès dans toutes les directions de la science positive.

La *science positive* est celle qui, par l'observation et l'expérimentation, pénètre de plus en plus dans la connaissance des réalités de l'organisation vivante. Son objectif n'est pas de révéler la nature ou l'essence de la vie et de son principe. La métaphysique et la philosophie peuvent se poser ces questions. La science positive n'a pas de moyens de les résoudre. Elle sait que la vie est une cause finale, la dernière raison d'être logique d'un ordre particulier de corps et de phénomènes. Ce qu'elle veut mettre en évidence, c'est la composition matérielle, la structure de l'organisation; ce qu'elle cherche à comprendre, c'est le mécanisme et les lois de la vie normale et pathologique; ce qu'elle veut encore, c'est d'appuyer les préceptes et les règles de l'art sur l'expérience, éclairée et dirigée par une compréhension théorique de plus en plus exacte du processus morbide et curatif. Cette tendance, j'ose le dire, prédomine dans le développement historique de cette école. J'ai pu la signaler dès l'origine; si je ne craignais pas d'abuser de vos moments je pourrais la constater dans l'évolution progressive de l'ancienne et de la nouvelle Faculté.

Si l'anatomie, la physiologie et les sciences naturelles représentent, dès le début, le côté théorique de l'enseignement, c'est que dans l'esprit de cette école ces sciences fondamentales sont les premiers éléments des théories vraies d'une compréhension scientifique positive. Aussi avec quelle ardeur nos pères se mettent-

ils à l'œuvre pour jeter les premières bases de la science anatomique. Dès le milieu du seizième siècle, l'anatomie, d'abord languissante, prend un vigoureux et définitif essor. Jean Winter, Quinterus ou Gonthier d'Andernach avaient ouvert, dès 1530, un cours d'anatomie à Paris. Il comptait parmi ses élèves Vésale et Rondelet. Obligé de quitter la capitale de la France à cause de ses opinions religieuses, Gonthier vient porter à Strasbourg son enseignement et sa science. Cette première initiative fonda dans cette école les études anatomiques sur la base solide de la dissection et des patientes investigations. De laborieux élèves se succèdent sur les bancs de l'école, et plusieurs d'entre eux deviennent, à leur tour, des maîtres célèbres. L'histoire signale entre tous Jean-Frédéric Lobstein. Il mourut jeune en 1784, mais il vécut assez pour faire des élèves comme Meckel, dont le nom européen démontre assez quelle instruction solide on pouvait puiser à l'École de Strasbourg, où il avait rempli pendant plusieurs années les fonctions de prosecteur. Thomas Lauth, professeur d'anatomie vers la fin du dernier siècle, transmit les bonnes traditions de l'anatomie pratique à la nouvelle Faculté de médecine. Ces traditions se perpétuent par les Alexandre Lauth, par les Ehrmann et leurs élèves, nos maîtres d'aujourd'hui; elles se sont maintenues jusqu'à ce jour. Ce n'est pas sans un légitime orgueil que l'École de Strasbourg peut se glorifier d'avoir toujours été une école pratique de la première et de la plus essentielle des sciences médicales.

A peine l'anatomie normale est-elle fondée, que déjà nous voyons apparaître à Strasbourg les premières lueurs de l'anatomie pathologique. Dès le seizième siècle, Schenk recueille avec soin toutes les observations connues sur les différentes altérations des organes. Longtemps avant la fin du dix-huitième siècle, le Musée d'anatomie pathologique démontre que le génie de Morgagni a trouvé à l'École de Strasbourg des émules et des disciples. Est-il nécessaire de rappeler que le traité de Lobstein fut le premier livre d'anatomie pathologique publié en France?

Depuis le commencement de ce siècle, les études anatomo-pathologiques apparaissent intimement associées dans cette École aux études cliniques. Pas un cadavre ne sortait de la clinique des

Lobstein, des Flamant, des Stoltz, des Ehrmann sans qu'une patiente et laborieuse nécroscopie fût instituée pour demander à la mort le secret de la vie morbide. L'anatomie pathologique ne fut pas introduite dans cette École par les maîtres que nous sommes heureux et fiers d'avoir enlevés à l'École de Paris. Ils trouvèrent un terrain déjà défriché et des élèves préparés, de longue date, aux laborieuses recherches, aux patientes investigations de la nécroscopie. Puis, quand le génie de Schwann donna à l'histologie la puissante impulsion qui créa en peu d'années une science nouvelle, n'est-il pas permis de dire avec quelque satisfaction que si, en fait d'histologie, notre École n'a pas égalé les travaux de la laborieuse Allemagne, elle a du moins été la première en France qui sût comprendre l'importance scientifique des travaux accomplis par nos voisins d'outre-Rhin; que la première aussi elle s'est assimilé la science nouvelle, et qu'elle n'est pas restée étrangère à ses progrès. Ce que MM. Küss, Michel, Morel, Willemin, Kœberlé, Aronssohn, Feltz et toute notre jeune École anatomique accomplit dans cette direction, est justement apprécié, et, j'ose le croire, ne restera pas sans quelque influence au dehors.

La physiologie expérimentale a toujours marché de pair avec l'anatomie et l'histologie au sein de cette École. La mort prématurée d'Alexandre Lauth n'a pas arrêté l'essor qu'il avait imprimé à cette partie fondamentale de la science biologique. Il a trouvé un digne successeur, dont l'enseignement, toujours à la hauteur de la science, sut prendre plus d'une fois les devants. Ce qui pouvait paraître aventuré, il y a quelques années, dans les doctrines physiologiqnes de cette École, ce que M. Küss disait déjà dans son concours sur la vie physiologique et pathologique de la cellule, est devenu aujourd'hui une vérité scientifique acquise.

L'influence de la physiologie, de l'anatomie et de l'histologie pathologiques sur le progrès de la médecine a été immense. Sans cet ordre de notions, fournies par ces sciences d'origine récente, il n'est plus possible aujourd'hui d'aborder le terrain de la clinique. Connaître les altérations produites dans les organes sous l'influence des maladies, se rendre compte de leur mode de production, de leur évolution, des transformations qu'elles subissent,

est une condition sans laquelle il est impossible de satisfaire aux exigences du diagnostic moderne. Pour le comprendre, il suffit de savoir que le cadre nosologique s'est en grande partie transformé, et qu'il se transforme tous les jours encore sous l'influence de l'anatomie et de l'histologie pathologiques.

Le problème diagnostique, dans une foule de cas, consiste précisément à découvrir ce qui se passe dans l'intimité de la nutrition des organes, dans cette vie des cellules dont les modifications et les transformations conduisent à l'altération des tissus, aux lésions des organes qui se dérobent à l'investigation immédiate et directe. Pour chercher ces lésions, pour les apprécier quand on les a trouvées, il faut les connaître en elles-mêmes, il faut une idée nette et positive de leur mode de production, de leur évolution progressive et régressive, il faut les connaître enfin dans leurs rapports avec les manifestations symptomatiques et cliniques.

Ce n'est donc pas sans raison que j'ai pu dire que la science positive est le meilleur guide de la pratique médicale. Cette influence se révèle plus évidente encore en tocologie et en chirurgie.

L'art des accouchements resta longtemps en dehors du domaine médical. Exercé par des matrones ignorantes, il était interdit aux médecins et méprisé par eux. Aujourd'hui cette branche si importante de l'art de guérir se rapproche le plus de l'idéal d'une concordance absolue entre la science et la pratique. La science est en mesure de formuler, d'une manière positive, les conditions organiques et la théorie physiologique de la parturition. Toute l'histoire de la distocie apparait à l'intelligence éclairée de l'accoucheur comme un mécanisme vivant, entravé par des causes organiques connues, ou s'exécutant dans des conditions anormales déterminées par l'observation clinique. Des indications rationnelles s'en déduisent, et le génie pratique a su inventer les moyens de les remplir.

Dans cette évolution scientifique et pratique si rapide, l'École de Strasbourg peut revendiquer une juste et légitime part d'influence. Les premiers manuels d'obstétricie ont été publiés à Strasbourg dès le seizième siècle. Dès le dix-huitième, une cli-

nique d'accouchements, fondé par Fried, fonctionne à l'hôpital civil. Mais c'est aux remarquables travaux des professeurs de la nouvelle Faculté que revient une large part des progrès accomplis. L'exiguité des services cliniques n'a pas empêché la profondeur des études obstétricales accomplies. Jusqu'à ce jour, l'École d'accouchements de Strasbourg a su maintenir la position élevée qu'elle a conquise à force de labeur.

En chirurgie, l'initiative n'est pas moins remarquable. Dès les quinzième et seizième siècles nous voyons paraître à Strasbourg les premiers livres de la chirurgie allemande. De très-bonne heure, l'amphithéâtre de Strasbourg vit naître une école pratique de médecine opératoire, et Salzmann élève, dès le commencement du dix-huitième siècle, la chirurgie à la hauteur d'un enseignement vraiment scientifique.

Longtemps privée d'un domaine clinique suffisant, la chirurgie dut se contenter de cultiver avec persévérance la médecine opératoire et l'anatomie des régions dans nos amphithéâtres et dans nos salles de dissection. Ces années de langueur ne l'ont pas fait périr d'inanition. Dès qu'elle a pu s'étendre, elle s'est rapidement développée. La clinique de Bégin inaugure cette ère nouvelle. Je n'ai pas besoin de dire à quelle hauteur l'enseignement chirurgical scientifique et pratique s'est élevé depuis, et ce qu'en ont fait nos collègues et nos maîtres d'aujourd'hui.

J'ai peut-être abusé de vos moments, mais il fallait bien dire hautement une fois quelle est la direction scientifique de cette École.

De telles tendances ne sont ni *empiriques*, ni *dogmatiques*, ni *éclectiques*. Elles sont *expérimentales* par la méthode, et *biologiques*, essentiellement biologiques et médicales, dans leur but final.

C'est aussi vers ce but que convergent en définitive des sciences qui depuis des années se cultivent avec une persévérante ardeur au sein de cette École, et qui jusqu'à présent semblent moins directement médicales (je veux parler des sciences physico-chimiques). La biologie et la médecine pratique leur demandent la solution des plus importants problèmes. Elles ont donné beaucoup dans différentes directions; mais pour répondre aux questions qui

leur sont posées, elles étaient bien obligées de se développer d'abord elles-mêmes, jusqu'à un certain point, libres et indépendantes; comme sciences médicales *accessoires*, disait-on naguère; comme *sciences d'attente* et *d'avenir* eût été peut-être une expression plus juste. Elles deviendront aussi fondamentales que l'anatomie et l'histologie, dès qu'elles seront en mesure d'aborder plus franchement le terrain biologique. Le rapprochement matériel des laboratoires du centre des travaux médicaux, la création d'un institut d'expérimentation physiologique hâteront certainement ce moment. C'est un signe de bon augure pour l'avenir.

La tendance expérimentale ne domine pas seulement le développement scientifique de cette École, elle imprime aussi, et devra dans l'avenir imprimer de plus en plus un cachet spécial à son enseignement.

L'instruction des jeunes médecins se propose un triple but. L'enseignement doit tout d'abord les mettre en possession de la science traditionnelle et de ses incessants progrès; mais il doit aussi les mettre en mesure d'exercer avec succès l'art de guérir dès leur sortie de cette enceinte; il doit les familiariser enfin avec l'art d'observer par eux-mêmes, afin qu'à leur tour ils puissent travailler aux progrès de la science.

La science traditionnelle peut s'apprendre dans les livres; elle peut s'apprendre aussi par l'enseignement oral dans des cours, des conférences, des répétitions que l'on peut appeler aujourd'hui *théoriques*. Mais l'art d'observer par soi-même, l'art du progrès, l'art des laborieuses investigations, l'art expérimental en un mot, ne peut s'apprendre que par la pratique. Il en est de lui comme de l'art de guérir lui-même, qui ne s'apprend que par l'enseignement et l'exercice cliniques. Jusque dans ces derniers temps, l'enseignement pratique, dans le sens le plus large de ce mot, représentait la tendance la plus accentuée de la Faculté de médecine. Cette tendance doit non-seulement se maintenir, elle doit se développer encore et s'introduire de plus en plus dans toutes les branches de l'enseignement scientifique.

Je le dis avec franchise, mais avec une conviction profonde, c'est par défaut d'initiative dans cette direction, et dans cette di-

rection seulement, que le progrès et l'avenir de cette École peuvent être menacés et sérieusement compromis. « *Caveant consules !* »

De sérieux obstacles, je le sais, s'opposent à la réalisation du vœu que je formule, de l'espérance que j'exprime. Le désir bien légitime, de mettre les jeunes générations rapidement en possession du capital scientifique acquis, a fait surgir, dans toutes les sphères du haut enseignement, des programmes d'études et d'examens de plus en plus étendus. Ils ne comprennent rien moins que l'universalité de la science traditionnelle.

De tels programmes, rigoureusement exécutés, deviennent incompatibles avec l'instruction pratique si le temps de la scolarité est restreint dans d'étroites limites. Si cette tendance devenait encore plus dominante, si elle devenait exclusive, elle finirait par étouffer dans les jeunes générations, au profit de la mémoire, l'esprit, le talent et l'art de l'observation personnelle. L'enseignement, ainsi compris, produirait des érudits peut-être; il ne formerait à coup sûr que peu de savants, et encore moins des praticiens distingués.

Ce n'est pas dans cette direction, c'est dans l'organisation, de plus en plus parfaite, des travaux des amphithéâtres, des salles de dissection, des laboratoires et des cliniques que nous chercherons la voie du progrès et la condition nécessaire au maintien de la supériorité de notre École.

Ce que la Faculté a pu faire, alors que le nombre de ses élèves était restreint, elle saura le faire encore aujourd'hui que sa tâche est plus étendue.

Faire beaucoup avec peu, tel était le problème de la Faculté naissante. Ce même problème se pose encore aujourd'hui, il se pose même plus impérieux que jamais. L'extension et la concentration de tous les services, l'inauguration de ce nouvel édifice ne sont pas la *fin*, ce n'est que le *commencement* d'une phase plus active de développement. Si ce n'était pas cela, ce serait le *commencement de la décadence*.

Pour ce développement ultérieur, plus urgent que jamais, la Faculté doit tout d'abord compter sur elle-même, sur sa propre initiative.

Mais elle s'appuie aussi avec confiance sur la protection du gouvernement de l'Empereur, qui developpe tous les germes de la grandeur scientifique de la France; sur S. Exc. le ministre de l'instruction publique, ami de l'initiative et du progrès dont il donne partout l'exemple ; sur le bienveillant concours du recteur de cette Académie, des magistrats de cette cité, jaloux et fiers à juste titre de l'antique réputation scientifique de Strasbourg ; sur les sages conseils des chefs de la médecine militaire : ils ont donné à cette École le plus grand témoignage d'estime, en lui confiant l'instruction de leurs élèves; leur bienveillant et amical concours sera toujours accepté avec une reconnaissante gratitude.

Mais nous comptons aussi sur nos jeunes générations médicales. C'est d'elles que dépend en définitive le maintien de l'antique réputation de cette École. Nous ne pouvons que léguer à nos élèves le capital scientifique acquis : c'est à eux qu'il appartient de le faire fructifier par le travail. Nous leur confions les trésors du passé et les espérances de l'avenir.

RAPPORT SUR LES THÈSES

SOUTENUES

DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

pendant l'année scolaire 1865-1866

PAR

M. G. TOURDES

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE.

A l'occasion de l'inauguration de la Faculté nouvelle, un extrait de ce rapport a été lu en séance publique ; les noms de nos jeunes lauréats ont été proclamés. La Faculté de Strasbourg a toujours attaché une grande importance à la dissertation inaugurale; elle a sous ce rapport un long et honorable passé. L'ancienne Université a laissé une collection de thèses fort intéressante, dont le nombre s'élève à 1365, et qui ont été soutenues de 1574 à 1792. L'élève était alors l'interprète des idées du maître; les dissertations avaient une véritable importance; les réceptions étaient entourées d'un éclat tout particulier, de cérémonies qui aujourd'hui nous paraissent bizarres, mais qui témoignaient de l'intérêt qui s'attachait à la collation des grades. Une soutenance de thèses faisait même partie des fêtes académiques; ainsi lorsqu'en 1621, l'ancienne Université célébra la promulgation de ses priviléges, deux dissertations furent présentées pour la réception de docteurs; l'une d'elle agitait cette question: «*Utrum Christianus medicus, illœsa consciencia, turcas, judœos, homines atheos et hostes patriæ curare possit?* » La question, hâtons-nous de le dire, était résolue par

l'affirmative. L'autre, avec cette pointe d'humour qui appartenait aux savants de l'époque, soulevait gravement ce problème: « *Verum ne illud vulgi sit, novus medicus novum cœmeterium?* » A chaque réception nouvelle d'un docteur faut-il agrandir le champ du repos[1]?

C'est en juillet et en août 1792 que furent soutenues les dernières thèses de l'Université de Strasbourg.

Après un court intervalle, la Faculté nouvelle, transformée et agrandie, succède à l'ancienne Université, qu'avait frappée le décret du 18 août 1792. L'École de médecine, créée par la loi du 14 frimaire an III, fonctionne d'abord comme étant principalement chargée de former des médecins militaires; elle recevait des élèves recrutés dans toutes les parties de la France et destinés au service des armées; c'était déjà la mission importante qui est confiée aujourd'hui à la Faculté de Strasbourg. Le 18 vendémiaire an VIII, après huit ans d'interruption, la première thèse est soutenue devant la nouvelle École; elle a pour sujet l'opération césarienne. Une première série de dissertations, terminée le 30 décembre 1837, comprend 1159 thèses. La seconde série, à la date du 31 décembre 1866, s'arrête au n° 970. La collection nouvelle se compose aujourd'hui de 2129 thèses, et en parcourant cette liste ouverte depuis trois quarts de siècle, on y trouve plus d'un travail intéressant et d'un nom qui a marqué dans la science.

La Faculté de Strasbourg a toujours tenu à fortifier cette épreuve, qui témoigne de la vie scientifique d'une École autant que de l'instruction des élèves. La première en 1853, elle a institué des prix et des mentions pour les meilleures dissertations de l'année ; c'est en 1859 seulement que cette mesure a été étendue à toutes les Facultés de médecine. Aux médailles décernées par l'Ecole s'ajoute un témoignage direct de satis-

---

[1] *Topographie et histoire médicale de Strasbourg et du département du Bas-Rhin*, par MM. Stœber et G. Tourdes. Strasbourg 1864.

faction, donné par M. le ministre de l'instruction publique ou par le recteur de l'Académie. Les noms des lauréats sont proclamés en séance publique ; la presse médicale fait connaître ces premiers travaux ; les louables efforts de nos jeunes docteurs ne manquent donc ni d'encouragement ni de récompense.

Quatre-vingt-quinze dissertations ont été présentées à la Faculté de médecine de Strasbourg, pendant l'année 1865-1866[1].

Les notes obtenues sont les suivantes :

N° 1	7	thèses.
N° 2	31	»
N° 3	31	»
N° 4	17	»
N° 5	9	»
Total. . .	95	thèses.

Ces notes s'appliquent à la fois à la présentation et à la soutenance; elles indiquent un niveau favorable de l'épreuve. En définitive, 9 de ces thèses sont des travaux distingués et d'une valeur scientifique sérieuse; 29 autres offrent un intérêt très-réel; 31 autres témoignent encore d'efforts méritoires; 26 sont plus ou moins médiocres.

Si cette proportion est favorable, désirons qu'elle le devienne plus encore. Que nos jeunes candidats donnent tous leurs soins à cette épreuve qui marque leurs premiers pas dans la science et laisse un souvenir durable de leur passage dans cette Faculté!

Le choix des sujets indique la direction des études et, on peut le dire, l'esprit d'une École. La tendance expérimentale

[1] Voir les comptes rendus des années 1858 à 1865, *Gazette médicale de Strasbourg*, mars 1860, décembre 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, septembre et octobre 1866.

se retrouve dans beaucoup de ces travaux. Si plusieurs thèses en sont que des compilations, d'autres témoignent de l'initiative et de l'observation personnelle des candidats. D'utiles questions se rattachent aux questions nouvellement introduites dans la science. Puisant dans les leçons de leurs maîtres et surtout dans leur enseignement pratique, nos jeunes docteurs ont reproduit les faits intéressants dont ils ont été les témoins ; nos meilleures thèses ont pour base des observations recueillies à nos cliniques; c'est une preuve de plus de la justesse de la pensée de notre ancien doyen, M. Coze, réalisée aujourd'hui par son successeur : réunir tous nos établissements d'instruction en face des hospices civils, placer ainsi la science à côté de la pratique, l'étude de l'art près des souffrances, qu'il doit soulager.

Toutes les branches de la médecine ont été l'objet de ces travaux; les thèses se divisent ainsi, quant au choix des sujets:

Anatomie et physiologie	5
Médecine	28
Chirurgie	23
Syphiliographie	5
Obstétricie.	17
Matière médicale	2
Hygiène.	1
Total.	95

Anatomie et physiologie. Cinq thèses appartiennent à l'anatomie et à la physiologie, parties fondamentales que notre École n'a jamais délaissées. Dans l'ancienne Université, ces sciences ont été cultivées avec prédilection, à une époque où les études de ce genre, objet de terreurs superstitieuses, rencontraient encore bien des obstacles. En 1566, les magistrats de la ville avaient décidé que les corps des suppliciés serviraient aux recherches anatomiques ; en 1670, une autre or-

donnance autorise la dissection d'un certain nombre de sujets décédés à l'hôpital ; l'amphithéâtre actuel est alors concédé à l'anatomie ; 184 dissertations, soutenues devant l'ancienne École et ayant l'anatomie et la physiologie pour sujets, témoignent de l'importance qu'on attachait à ces sciences.

M. Mounier a présenté à la Faculté une *esquisse d'anatomie topographique*, concernant les régions iléo-costale, dorso-lombaire et périnéale (nº 856). Ce travail a le mérite d'exposer avec simplicité et clarté des faits complexes. Il rend compte, d'une manière physiologique, de la disposition des organes, en rattachant aux descriptions des données importantes de physiologie et de pathologie. S'il est vrai que les viscères abdominaux sont inférieurs, au point de vue biologique, aux organes thoraciques, et ceux-ci aux organes encéphaliques, il ne l'est pas moins que les parois de l'abdomen, sous le rapport de la solidité et de la protection qu'elles fournissent aux viscères, le sont aussi aux parois du thorax et du crâne. Mais l'obliquité en sens inverse de l'entre-croisement de leurs fibres musculaires, la continuation de celles-ci avec des fibres aponévrotiques donnent aux parois une force de résistance exceptionnelle, tout en leur permettant de se prêter aux plus notables distensions. Dans l'étude analytique des mouvements de la colonne vertébrale, l'auteur fait ressortir la profusion des muscles et leur mode d'action, en rapport avec la multiplicité des os. Les descriptions sont accompagnées de planches schématiques, qui permettent de suivre l'exposé minutieux des faits anatomiques.

La thèse de M. Machizot, de Clairval (nº 936), a pour titre : *Étude des modifications organiques de l'utérus, aux différents âges de la vie.* Ce travail, basé sur 102 autopsies, a une valeur très-réelle et constate des faits d'une application utile à l'obstétricie et à la médecine légale. Pour chaque âge, l'auteur rapporte un certain nombre d'observations qui servent de type ; il donne ensuite les résultats généraux de ses dissections. En

cherchant on trouve, et notre jeune confrère a eu la bonne fortune de découvrir une pièce anatomique rare, un utérus double, qui complète à cet égard la riche collection de notre musée. La conformation de l'utérus est indiquée suivant les âges : le corps de cet organe, très-mou d'abord, augmente de consistance avec les années ; le col prédomine dans l'enfance et le corps après la puberté ; le col a la forme d'un cône à base inférieure chez l'enfant; il est fusiformé chez la femme qui n'a pas conçu, cylindrique chez celle qui a accouché. A la suite de parturitions répétées et pendant la vieillesse, la portion vaginale du col disparaît et on voit se modifier en même temps la lèvre antérieure du museau de tanche hypertrophié.

Les recherches de M. Machizot font aussi connaître les changements qui s'opèrent dans la position normale, dans les déviations et les déplacements de l'utérus. L'auteur signale entre autres la situation de la matrice chez une femme qui a accouché ou avorté; loin d'être dirigé parallèlement à l'axe d'excavation ou d'être antéfléchi, l'utérus est dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, de telle manière que la face antérieure regarde en avant et en haut, et que son fond appuie tantôt immédtiaement sur le rectum, tantôt sur une anse d'intestin grêle interposée. Les ligaments utéro-sacrés sont ceux qui contribuent le plus à maintenir l'organe dans sa position. Les déplacements et déviations en avant sont propres aux femmes qui n'ont jamais conçu, tandis que les rétroflexions et rétroversions et les chutes sont, à peu d'exception près, l'apanage des femmes qui ont accouché ou avorté. On ne peut qu'encourager l'auteur à persister dans la voie de l'observation, où ses premiers pas sont marqués par une œuvre estimable.

M. Aubry (nº 930) s'est rendu l'interprète des idées de notre collègue, M. Küss, sur le rôle que joue, en physiologie et en pathologie, un des éléments de la peau, la *couche de Malpighi*. Un court historique montre combien la question est nouvelle,

surtout en ce qui concerne la physiologie; l'anatomie, sur ce point, existait seule, pour ainsi dire, attendant les applications. L'auteur soulève la portion si obscure des fonctions épithéliales. Pourquoi l'épithélium rénal retient-il les parties albumineuses du sang, en laissant passer des éléments aqueux et ceux qui résultent des matières protéiques? Pourquoi l'épithélium de la vessie empêche-t-il toute transsudation des liquides contenus dans le réservoir? Nous constatons toutes les métamorphoses de cet épiderme à formes si variées; mais le rapport entre la forme et la fonction reste mystérieux. Il semble cependant résulter d'une vue d'ensemble que la nature diminue l'épaisseur de ce revêtement cellulaire, à mesure que le fonctionnement doit être plus rapide; son dernier degré d'amincissement se retrouverait dans le poumon.

Quelques points particuliers de cette thèse méritent encore l'attention. On a exagéré le rôle de la papille dans l'exercice du toucher. L'épiderme est indispensable pour que cette fonction puisse s'accomplir convenablement. Qu'une lésion quelconque détruise la nappe épidermique, la papille restant d'ailleurs intacte, le toucher devient impossible; l'impression des corps extérieurs n'est plus rapportée au cerveau; la sensation douleur existe seule. Il est reconnu, en outre, qu'une partie des papilles cutanées ne reçoivent pas de nerf, et que leurs dimensions et leur développement se règlent sur l'état de la couche épidermique. Cette membrane est considérée comme promoteur des mouvements réflexes. Le trouble profond du système nerveux qui accompagne les brûlures superficielles, mais étendues, détruisant une grande partie de la couche de Malpighi, est donné comme une preuve de cette action réflexe, qui explique le froid dont le malade est envahi, et les congestions viscérales partielles. La marche vacillante, après un long décubitus, est attribuée moins à la faiblesse qu'à l'atrophie de l'épiderme de la plante des pieds.

Des considérations pathologiques complètent ce travail. Quoi-

qu'elle ne soit ni vasculaire ni nerveuse, la couche de Malpighi, essentiellement cellulaire, peut présenter tous les phénomènes inflammatoires. L'ulcération, la gangrène de la peau sont occasionnées le plus souvent par une destruction de cette couche cellulaire, modifiée par le chaud, par le froid, par des causes mécaniques ou chimiques. Les états atrophiques et hypertrophiques, diverses altérations de nutrition, représentent la plupart des affections attribuées au vice dartreux. Le développement de l'eczéma est l'objet d'une explication ingénieuse; le liquide épanché ne serait que de la lymphe normale. L'auteur cherche à préciser, à agrandir le rôle attribué à la couche épithéliale, et sa thèse a tout l'intérêt qui s'attache à une doctrine hardie et nouvelle qui ne redoute point l'apparence du paradoxe.

Médecine. Quelques thèses traitent de questions générales; les autres se rapportent aux maladies des appareils. M. Rœckel expose l'état actuel de la science sur l'*hérédité dans les maladies*. Les causes de transmission seraient la conformation ou la constitution vicieuse de certaines organes, et l'altération du sang; elles sont favorisées par des conditions hygiéniques défavorables ou identiques à celles que subissent les parents.

La thèse de M. Bargy (n° 909), *De l'akidopéirastique*, est un travail intéressant sur un sujet neuf, suivant l'opinion du président de la thèse, M. Küss, qui s'est lui-même occupé avec succès de cette question. Cette méthode consiste à explorer les tissus altérés au moyen d'aiguilles ou de trocarts fins qui pénètrent dans la profondeur des organes. On juge de la nature de la lésion, tantôt par la résistance des tissus, tantôt en amenant au dehors des liquides inclus ou des parcelles solides ayant un volume suffisant pour être soumises à l'examen microscopique.

Après une introduction historique, l'auteur s'occupe du manuel opératoire; il rappelle à cet égard que le plus ancien ins-

trument proposé pour le diagnostic des tumeurs solides est le trocart à crochet, inventé par M. Küss en 1846. Une triphine a été construite, d'après les indications de M. Bœckel, pour le diagnostic de l'ostéomyélite consécutive à la périostite phlegmoneuse.

Un second chapitre étudie l'action des instruments piquants sur les tissus, et montre l'innocuité à peu près complète de ces blessures, lorsque l'instrument est très-ténu; on peut rappeler à cet égard les expériences consignées dans la thèse de M. Gérard, *Sur la léthalité des plaies pénétrantes du cœur* (Strasbourg 1858). L'application à la pathologie présente déjà des faits très-nombreux: les kystes, diverses tumeurs, des lésions traumatiques, la trichinose même sont justiciables de ce moyen de diagnostic. On a proposé depuis longtemps l'acupuncture du cœur comme un des moyens d'obtenir la certitude de la mort, mais ce procédé hardi doit céder la place à des signes plus sûrs et moins scabreux. La conclusion de l'auteur est que l'akidopéirastique, dont le nom aurait pu être plus heureux, fournit au médecin des notions qu'il demande vainement aux autres moyens de diagnostic, et qu'entre les mains d'un chirurgien exercé elle est d'une innocuité *à peu près* parfaite.

Les questions nouvelles que soulève l'histoire des fièvres et de la septicohémie, sont indiquées dans la thèse de M. Sabatier (888). Ayant observé un cas d'infection putride où les lésions organiques seules n'expliquaient pas la mort, l'auteur attribue une grande importance aux altérations du sang; il présente à la Faculté quelques considérations sur les *bactéries dans les affections septiques* en général et dans l'affection putride en particulier. Relatant les intéressantes recherches de MM. Coze et Feltz, et celles d'autres médecins, qui ont constaté l'existence des bactéries dans des affections diverses, charbonneuses, putrides, puerpérales, il arrive à conclure que le sang des hommes morts d'infection putride contient des infusoires du genre Bactérium; qu'il offre aussi de la leucocythose et une

altération des globules rouges. Les animalcules ont des propriétés différentes, suivant la nature de la maladie ; ils se transmettent d'un animal à un autre par inoculation. Ces faits viennent à l'appui de la théorie qui attribue les maladies de ce genre à une fermentation intra-organique, dont les animalcules représenteraient le ferment.

M. Rochet s'applique spécialement à rendre douteuse, comme causes de l'*entérorrhagie qui accompagne la fièvre typhoïde* (n° 905), la chute des eschares et l'ouverture des vaisseaux. Il cite trois observations cliniques où cette lésion n'a pu être démontrée. Le principal rôle appartiendrait à la congestion dans l'étiologie de cet accident. Une statistique bien faite et concluante montre que l'on a exagéré le danger de cette complication.

M. Daniel discute les avantages de l'*emploi des gargarismes acidulés dans la fièvre typhoïde.*

La thèse de M. Hennequin (n° 927), *Du traitement de la variole et notamment des antimoniaux dans la laryngo-trachéite pustuleuse*, attire l'attention sur une des complications les plus graves de cette maladie et sur l'efficacité d'une méthode qui a sauvé des malades dont l'état paraissait désespéré.

L'étude de M. Danis, sur les *revaccinations*, (n° 926), a pour but d'établir l'utilité incontestée de cette pratique; elle réunit les arguments et les faits nouveaux qui ont été produits à l'appui de cette opinion.

M. Vivier a été témoin de quelques cas de *méningite cérébro-spinale* (n° 901) ; il a pris connaissance des travaux publiés en Allemagne, à l'occasion d'une épidémie récente transportée, par les armées prussiennes, des frontières du Danemark sur les bords du Rhin, et il a utilisé ces observations pour sa thèse inaugurale. Le mérite de ce travail, c'est de mettre en lumière quelques faits de détail qui n'avaient pas été relevés dans les épidémies précédentes, notamment en ce qui concerne les altérations du globe oculaire et le pouls carotidien. Le

caractère épidémique domine l'étiologie de cette affection, qui, cette fois encore, se rattache à une cause infectieuse et qui semble accompagner, comme le typhus, les grands rassemblements d'hommes.

La thèse de M. Corties, *De l'apoplexie cérébrale*, nature et indications (n° 861), repose sur cette proposition : l'hémorrhagie cérébrale n'est pas le résultat d'une augmentation de la pression dans le système vasculaire, ni d'une congestion active primitive; l'anatomie pathologique démontre qu'elle provient d'une diminution dans la résistance des vaisseaux altérés par les dégénérescences graisseuse et athéromateuse. Plusieurs observations d'apoplexie recueillies à la clinique de la Faculté constatent la dégénérescence des artérioles cérébrales. La conséquence thérapeutique de cette doctrine, c'est qu'il faut tenir peu de compte de la congestion dans la prophylaxie et dans le traitement des accidents primitifs de l'apoplexie; les émissions sanguines doivent être réservées pour la seconde période du mal. Prévenir la dégénérescence, combattre ses effets, telle est la base des indications bien déduites par l'auteur, d'un exposé clair et substantiel des faits. Mais il est de toute évidence, qu'il faut tenir compte en même temps de l'augmentation de pression du sang qui détermine la rupture des parois affaiblies.

M. Jeannerat a présenté à la Faculté de médecine, sous les aupices de M. Dagonet, un travail étendu, accompagné de 63 observations et de planches, sur l'*ossification de la dure-mère* (n° 924). Après un historique très-complet, l'auteur cherche à préciser le siége et le mode de développement de cette lésion. Il est conduit à voir dans ces ossifications le résultat d'une irritation de la surface même de la dure-mère. La concrétion osseuse est la conséquence d'un travail morbide qui s'établit sur tous les points de la face interne et notamment sur la faulx de la dure-mère. Les cellules plasmatiques, qui existent en grand nombre à la face interne du feuillet,

se transforment en cellules osseuses par une infiltration de matière calcaire. La thèse présente l'exposé des recherches de M. Morel sur le mode de développement de ces concrétions; on peut en conclure que la transformation de la dure-mère en os s'opère d'après le même mécanisme que l'ossification du périoste chez le fœtus. La section en lamelle de l'os nouveau fait voir une structure semblable à celle des os de la voûte du crâne. Le travail pathologique étant le résultat de l'irritation d'un des points de la dure-mère, l'auteur propose de donner à cette affection le nom de *pachy-méningite osseuse*.

Les formes de la lésion sont ainsi distinguées : plaques 65, aiguilles 35, granulation 27, sur 127 ossifications que présentaient 64 malades. Cette altération se montre dans toutes les formes chroniques de la folie; elle est fréquente dans l'épilepsie. La symptomatologie n'offre aucun caractère pathognomonique; le traitement est nul. La thèse de M. Jeannerat est une bonne étude d'anatomie pathologique, qui a le mérite d'être basée sur de nombreux faits.

M. Scovazzo s'occupe de l'*épilepsie, au point de vue de son traitement;* il admet deux indications principales : agir sur le bulbe au moyen des révulsifs et des hyposthénisants, employer les médicaments empiriques dont l'expérience a montré l'efficacité, tout en cherchant à se rendre compte de la nature de leur action et des conditions particulières de leur emploi. L'étiologie doit être prise en considération.

La thèse de M. Doutet (853) est un bon résumé de l'état actuel de la science sur l'*ataxie du mouvement*. C'est, à ses yeux, plutôt un symptôme de lésions organiques différentes, qu'une maladie bien déterminée; mais ce désordre fonctionnel mérite une étude à part et un nom spécial, aussi bien que les autres troubles graves du système nerveux, paralysie, aliénation mentale, compris sous des dénominations complexes. La thèse se termine par des observations recueillies à la clinique de M. Schützenberger : dans un de ces cas, une tumeur cancé-

reuse de la protubérance annulaire avait produit tous les symptômes de l'ataxie locomotrice.

M. Ferron (n° 897) a eu pour but de restituer à l'*asthme essentiel* sa place dans le cadre nosologique, place bien contestée depuis le commencement de ce siècle, et notablement restreinte par l'anatomie pathologique. L'auteur cite des observations dans lesquelles aucune lésion du cœur ni du poumon ne rendait compte des accidents, il insiste sur les caractères qui distinguent la dyspnée organique des attaques d'asthme, intermittentes, nocturnes et nettement séparées par des intervalles de santé complète et de respiration régulière.

La thèse de M. Tuefferd (n° 935), faite avec soin, présente un intérêt réel; c'est l'histoire complète d'une maladie récemment décrite : la *paralysie avec surcharge de graisse interstitielle.* La thèse relate trois observations, dont l'une a été publiée en 1862 par M. le professeur Schützenberger. La maladie est définie par son caractère anatomique, l'augmentation de volume de certains groupes de muscles, avec dépôt du tissu graisseux dans les interstices des fibres musculaires, qui finissent par subir elles-mêmes la dégénérescence atrophique. Cette maladie, toujours grave, peut avoir pour point de départ une altération du cerveau, dans la région de la protubérance. La *paralysie du nerf facial,* considérée au point de vue étiologique, fait le sujet de la thèse de M. Regnier. Nous indiquerons un travail de M. Bourgois, qui rattache à l'hypnotisme les phénomènes attribués au *magnétisme animal.*

Deux faits de *bronchite plastique*, obervés par M. Triponel (n° 898), servent de base à sa thèse inaugurale, qui présente l'histoire de cette affection. L'anatomie pathologique est surtout étudiée d'une manière très-complète; les recherches micrographiques tendent à établir que la fausse membrane est le résultat d'une altération de l'épithélium bronchique et non d'un simple exsudat; les caractères histologiques établissent l'identité de ce produit avec les fausses membranes du croup.

La thèse de M. Bizos, *Sur l'épanchement pleurétique chronique* (n° 941), est une histoire très-complète de la question; deux faits nouveaux donnent à cette thèse un réel intérêt. Aucun travail, nous le croyons, n'a mieux approfondi l'étude des altérations de la paroi thoracique dans les épanchements. L'auteur a constaté dans les côtes et dans le périoste des phénomènes d'autant plus remarquables, qu'il semble qu'une loi fixe préside à ces altérations, dont le but est de combler le vide de la cavité thoracique. Les côtes concourent organiquement à fermer ce vide de deux façons bien différentes : par ostéomyélite et par dépôt osseux à leur face interne. M. le docteur Sonrier a mis ce fait en évidence dans des observations pleines d'intérêt. Les pièces anatomiques ont été conservées, et une planche jointe à la thèse fait voir, sur une côte, trois couches osseuses de nouvelle formation; sur une autre, la raréfaction du tissu osseux, avec augmentation de la moelle; sur la troisième, un périoste hypertrophié, avec des prolongements dans les canaux de Havers, augmentés eux-mêmes de volume; sur une quatrième côte, la moelle hypertrophiée, avec tissu fibreux et cellules fibreuses. Les dépôts ne se font qu'à la face interne de la tête.

L'étude micrographique des produits épanchés, faite sous la direction de M. Morel, constitue la seconde partie de cette thèse. Les fausses membranes sont considérées comme formées exclusivement par l'hypertrophie du périoste, de la plèvre et du tissu fibreux, très-serré, avec quelques rares cellules plasmatiques; molles et rougeâtres au début, elles deviennent de plus en plus consistantes, jusqu'à s'incruster de sels calcaires. Des observations complétent les descriptions pathologiques, et cette thèse constitue un travail d'un véritable intérêt.

M. Carlus rapporte une observation d'*abcès pulmonaire*, suite de pneumonie, reconnu sur le vivant par notre collègue M. Hirtz, et vérifié à l'autopsie; un dessin bien fait accompagne l'observation.

La thèse de M. Porcher, *Sur la maladie des tailleurs de pierre* (929), reproduit les opinions exprimées dans un mémoire de M. Feltz, et constate diverses espèces de lésions : ulcération, cirrhose, tuberculisation, emphysème, occasionnées par le contact de particules étrangères.

M. Bar retrace l'histoire des *adhérences du péricarde au cœur* (867) ; les symptômes sont obscurs. Le trouble fonctionnel est fréquent, mais non pathognomonique. Le plus souvent l'adhérence est accompagnée de la dilatation des cavités avec hypertrophie de l'organe ; la fibre musculaire devient moins consistante et moins contractile. L'insuffisance mitrale ou sigmoïde est le résultat de ces adhérences. M. Bar cite une observation recueillie dans le service de M. Schützenberger, où une insuffisance de l'orifice aortique, caractérisée pendant la vie par un bruit de souffle au second temps, ne fut expliquée à l'autopsie que par des adhérences intimes entre le péricarde et l'origine des gros vaisseaux. Ces adhérences peuvent favoriser la terminaison funeste d'une affection intercurrente ; elles figurent parmi les causes de mort subite, notamment par la production des insuffisances.

Le nom d'*asystolie* est donné par M. Liénard (886) à un ensemble de symptômes qui caractérise la dernière période des maladies du cœur. Arrêt de la nutrition, gêne de l'hématose, rupture d'équilibre dans les phénomènes mécaniques de la circulation, défaut d'énergie dans la contraction cardiaque, tel est l'état complexe, si cruel pour les malades, qui est analysé dans cette thèse. Quatre observations présentent le tableau de ces pénibles symptômes ; dans un de ces cas, la mort paraît avoir été hâtée par la digitale. La dégénérescence graisseuse du cœur, l'insuffisance de ses contractions, plus encore que les altérations valvulaires et les lésions d'orifice, occasionnent cet état, qui est caractérisé par la réplétion veineuse, la congestion des viscères, l'hydropisie, l'oppression et l'anxiété, prenant parfois la forme d'un asthme cardiaque. Stimuler et

régulariser l'action du cœur, le débarrasser du sang qui l'encombre, telles sont les deux indications principales que la thérapeutique, aidée par une bonne hygiène, parvient quelquefois à remplir.

M. Kelsch, dans un bon travail (892), s'occupe d'une question qui n'a pas toujours été traitée d'une manière scientifique, mais qui appelle fréquemment l'attention des praticiens; il retrace l'*histoire de la dyspepsie*. Il définit cette affection, un embarras gastro-duodénal, chronique et idiopathique. La symptomatologie, l'étiologie, le traitement ont été l'objet de nombreuses recherches, qui sont analysées dans cette thèse. La théorie y a sa place; la dyspepsie consisterait dans un trouble purement fonctionnel des premières voies, siégeant tantôt dès le principe dans ces voies mêmes, tantôt n'étant que le reflet d'une altération fonctionnelle de la portion des centres nerveux qui préside aux fonctions stomacales; la maladie intéresserait tour à tour la sensibilité, la contraction, la sécrétion, et elle procéderait de causes locales ou générales.

M. Talloir rapporte, dans sa thèse sur l'*ulcère chronique de l'estomac*, un fait recueilli à la clinique, dans lequel la maladie a été suivie d'une perforation de l'artère splénique et d'une hémorrhagie mortelle.

Le travail de M. Lescœur, *Sur la diarrhée*, présente l'analyse d'assez nombreuses recherches; il en est de même de la thèse de M. Charton, *Sur les calculs biliaires*.

M. Abot s'occupe de l'*hématurie*, au point de vue médical et chirurgical, et cite des observations recueillies aux cliniques de la Faculté.

Le traitement du *rhumatisme articulaire aigu* fait le sujet de la thèse de M. Grisez. Après avoir discuté les divers moyens de traitement employés, l'auteur s'appuye sur neuf observations détaillées, recueillies à la clinique de la Faculté, pour préconiser l'usage des vésicatoires volants et du nitre.

M. Bauer, dans une bonne thèse (850), retrace l'histoire de

l'*arthrite déformante.* Il la définit par ses lésions anatomiques, c'est une affection que caractérisent l'ostéo-porose de l'extrémité épiphysaire de l'os, la formation d'ostéophytes périphériques, la destruction du cartilage articulaire, l'épaississement fibreux de la synoviale et la tendance à l'ossification des parties avoisinantes. Cette arthrite a reçu des noms divers suivant les causes : quand elle provient d'un rhumatisme articulaire aigu, on la nomme *rhumatisme noueux;* elle succède aussi à l'arthrite blennorrhagique, aux violences extérieures, aux luxations, aux fractures intra-articulaires. Les nodosités arthritiques peuvent même paraître à la suite de simples fatigues. L'*arthrite sénile* ou *spontanée*, *arthrite déformante des vieillards*, occupe les hanches, puis les genoux.

Les déformations sont dues au dépôt de substance osseuse autour de l'extrémité articulaire des os. L'os ancien est plus ou moins visible au milieu de la masse nouvelle qui l'entoure. L'auteur invoque ici les nombreuses pièces du musée de Strasbourg; les planches qui occompagnent sa thèse complètent les descriptions anatomiques.

M. Long, dans sa dissertation sur les rapports du *rhumatisme et des affections goutteuses*, cherche à réunir ces affections comme les degrés d'une même lésion générale.

Le travail de M. Coulet (885) a trait à une maladie peu connue, le *molluscum*, dont le candidat a observé un cas remarquable à la clinique d'accouchements. C'est un vice de formation de la peau, variété appelée *molluscum pendulum*, qui est caractérisé par une foule de petites boules cutanées ou pochettes, du volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noix, discrètes ou confluentes, sessiles, pendantes, disséminées sur diverses régions du corps. Cette observation est accompagnée d'une description très-complète de la maladie; une planche reproduit l'aspect de la lésion. Cette difformité est congénitale; elle a son siége en dehors des follicules sébacés; elle paraît résulter d'une expansion de la totalité du

derme. La thèse de M. Coulet est une bonne monographie sur un sujet restreint, auquel elle ajoute une observation.

Dans sa dissertation sur l'*éléphantiasis des Arabes* et sur l'hérédité de cette affection (866), M. Letessier publie l'observation bien authentique d'un éléphantiasis héréditaire dans la même famille, depuis quatre générations. Cette affection s'y développe chez certains individus des deux sexes, non chez tous, à l'âge de la puberté, et elle occupe constamment les extrémités inférieures; elle offre l'exemple remarquable d'une diathèse persistante, dont les effets se localisent dans un tissu. Une observation d'*éléphantiasis des Grecs*, lèpre des anciens, recueillie à Strasbourg, est mentionnée dans la thèse de M. Derazey.

Le travail de M. Remond est une étude histologique du cancer épithélial (894). La présence de cellules épithéliales à l'état d'infiltration dans les tissus, qui n'en renferment pas normalement, est l'élément essentiel du diagnostic du cancroïde. Cette affection peut débuter d'emblée dans les couches sous-dermiques. Deux formes sont admises, l'une parenchymateuse, l'autre folliculaire. La maladie s'accroît par infiltration dans les tissus voisins, et le ramollissement est la conséquence de l'atrophie des tissus qui servaient de soutien à l'infiltration. La marche de cette affection est aiguë ou chronique; elle ne paraît pas résulter d'une diathèse. Des observations et une planche complètent cet intéressant chapitre d'histologie pathologique.

M. Chabanier (915) rapporte une observation d'*ablation de la glande parotide* pour un *cancer* de cet organe, opération pratiquée avec succès par M. le professeur Michel. Il cherche à caractériser cette forme de squirrhe, il établit que l'extirpation est jusqu'ici le seul moyen de traitement qui offre des chances de succès. Dans cette opération, le nerf facial et l'artère carotide interne seraient nécessairement coupés. Plusieurs dissections, avec injection de l'artère, ont eu pour but de rechercher les rapports de ce vaisseau avec la glande; il en ré-

sulte la rareté de l'anomalie, dans laquelle la carotide serait contenue dans une gaîne celluleuse complétement isolée de la parotide.

Chirurgie. La chirurgie devait tout naturellement tenir une large place parmi nos thèses ; 28 d'entre elles se rapportent à cette partie de l'art ; traumatismes, maladies, opérations, telle est la division des sujets.

M. Jœssel s'occupe des *luxations irréductibles en général et de celles du genou en particulier* (876). L'auteur étudie d'abord les diverses causes d'irréductibilité attribuées aux os, aux muscles, aux ligaments, à la capsule articulaire, à la pression atmosphérique. M. Jœssel, guidé par les leçons de M. le professeur Michel, reproduit sur le cadavre et dans des expériences répétées une forme de luxation irréductible, décrite dans la science sous les noms de *sur-luxation latérale* ou *luxation des fibro-cartilages articulaires*. La raison principale de l'irréductibilité siége ici dans le mode de déchirure de la capsule articulaire et des tissus qui la renforcent. La pression atmosphérique agit aussi dans le même sens. Cette thèse a le mérite d'introduire dans l'histoire des luxation un fait nouveau prouvé expérimentalement. La dissertation de M. Gorguos, *Sur les luxations des phalangettes des doigts et des orteils*, renferme une observation de luxation de ce genre.

M. Poujade a présenté quelques remarques *sur les fractures de la rotule.*

La thèse de M. Hahn (910) est une bonne étude sur les *paraplégies par cause externe ou traumatique ;* des faits habituellement scindés sont réunis et des observations recueillies à nos cliniques, et dont plusieurs offrent beaucoup d'intérêt, servent de base à ce travail, notamment en ce qui concerne la symptomatologie. La commotion, les contusions, les plaies de la moelle, les fractures, les luxations du rachis sont l'objet de remarques ; l'influence de ces lésions sur les organes géni-

taux est indiquée ; la physiologie pathologique de la moelle est déduite des conséquences diverses des blessures.

M. Rapp rend compte d'un cas remarquable d'emphysème généralisé, compliquant une fracture de côte, et à cette occasion il s'occupe de l'*emphysème sous-cutané traumatique*, *consécutif aux plaies de poitrine* (868). Il étudie le mode de production de cet accident dans les cas de blessures pénétrantes et non pénétrantes, et il examine l'influence des adhérences pulmonaires qui s'opposent au pneumo-thorax, et ne rendent l'emphysème possible que dans les cas où la plaie pariétale est oblique et de moyenne largeur.

M. Hintzy fait ressortir dans sa thèse (903) les avantages de la *cautérisation ponctuée dans le traitement de l'érysipèle phlegmoneux*. Il étudie d'abord les effets de la cautérisation sur une peau saine ; elle agit à la fois comme obturant, astringent et tonique. Les taches brunes de la peau ne sont point une eschare, ce sont les cellules épidermiques superficielles, une couche inerte, qui a été racornie ; il en résulte consécutivement une légère hypertrophie de l'épiderme. Les altérations qui caractérisent l'érysipèle sont ensuite analysées. C'est dans la couche de Malpighi que commence le travail inflammatoire ; le tissu conjonctif sous-jacent est ensuite altéré. La cautérisation n'agit pas comme irritant substitutif, elle régularise les actes organiques, et chacune de ses propriétés concourt à ce but.

L'*hydrocèle enkystée du cordon spermatique* est décrite par M. Ducournau (896), qui, parmi les moyens chirurgicaux, préconise l'emploi du séton métallique proposé par M. Boutel ; il appuye cette préférence sur une observation de succès.

M. Savatier a recueilli une intéressante observation d'*enchondrôme* (872 *bis*), complétée par l'examen histologique de la tumeur. Il retrace d'une manière très-complète l'histoire de cette affection, qui est caractérisée par le développement du tissu cartilagineux, mais avec des aspect différents, suivant le

tissu qui lui sert de point de départ. Un des caractères sur lesquels l'auteur insiste, c'est l'infiltration de noyaux cartilagineux dans les tissus qui environnent la tumeur. Cette affection a une nature mixte, qui lui donne une place intermédiaire entre les tumeurs malignes et bénignes.

L'*ulcère perforant du pied*, affection locale, à marche envahissante, qui se développe au centre d'un épaississement épidermique, fait le sujet de la thèse de M. Folquet (889), basée sur deux observations empruntées à la pratique de M. le professeur Sédillot. M. Larche a présenté quelques remarques sur la *gangrène spontanée des extrémités*. M. Bigourdan retrace l'*histoire du psoïtis* avec deux observations de cette affection.

De la laryngotomie thyroïdienne et de ses indications (923), tel est le titre du travail de M. Schwebel, qui emprunte son intérêt à des faits dont quelques-uns sont récents et qui ont renouvelé en partie le mode de traitement des polypes du larynx. Les succès obtenus par des opérateurs distingués, à l'exemple de M. le professeur Ehrmann, ne laissent aucun doute sur l'efficacité de la laryngotomie, comme moyen d'extraction de ces tumeurs. L'auteur de la thèse s'occupe spécialement de la laryngotomie thyroïdienne, c'est-à-dire de l'opération qui consiste à fendre le cartilage thyroïde sur la ligne médiane. Grâce au concours de MM. Kœberlé et Bœckel, il a consigné dans sa thèse deux faits importants, auxquels il ajoute les observations déjà connus. L'auteur retrace l'historique de cette opération, puis il précise les cas où elle est préférable aux autres. Après un exposé sommaire des méthodes essayées tour à tour contre les polypes du larynx, il distingue les différentes espèces de ces tumeurs, la nature du traitement qu'elles indiquent, et il précise les cas qui exigent la laryngotomie thyroïdienne. Le procédé opératoire est décrit, et sept observations attestent l'efficacité de la méthode.

La conclusion est que les polypes muqueux et fibreux peuvent être extraits par les voies naturelles; mais dans les cas de pa-

pillômes, qui occupent le plus souvent la portion sus-glottique du larynx et qui tendent à envahir peu à peu toute la muqueuse, dans les cancroïdes, lorsque l'asphyxie est imminente, l'opération sanglante est nécessaire et la laryngotomie permet seule d'extirper le mal. La cautérisation doit compléter l'extraction. Il est des cas où l'ablation partielle du larynx devient nécessaire, et cette opération a réussi dans le fait de M. Kœberlé. Des indications particulières peuvent aussi résulter de la coexistence d'une ossification du cartilage. La thèse de M. Schwebel est une étude très-complète; elle montre toutes les ressources de l'art dans une affection où la vie du malade dépend d'une manière immédiate de la sûreté du diagnostic et de l'habileté de l'opérateur.

M. Bar (877) a eu pour but de proposer un nouveau *procédé de gastrostomie* basé sur des recherches anatomiques. L'insuccès des opérations pratiquées jusqu'ici ne peut détourner de cette étude, les malades auxquels ces opérations s'appliquent, étant voués à une mort inévitable et cruelle, celle par inanition. La première opération de ce genre a été faite par M. Sédillot. Le candidat propose un procédé de gastrostomie par ponction à l'aide d'un trois-quart particulier, muni d'une tige dont les branches s'écartant et fixent la paroi interne de l'estomac; les adhérences formées, on procédera à l'introduction de la canule définitive. La thèse de M. Bertrand sur l'*étranglement et la réduction des hernies* présente des recherches bibliographiques, sans faits nouveaux, sur quelques points de l'histoire de ces affections.

Un cas d'*anévrysme fémoral* à l'anneau, traité avec succès par la ligature, dans le service de M. le professeur Rigaud, fait le sujet de la thèse de M. Percheron, qui cherche à établir la supériorité de cette opération sur les autres moyens de traitement.

M. Margerie, dans un essai sur l'*extension continue appliquée au traitement des fractures du fémur*, décrit un appareil autre-

fois employé à l'hôpital de Strasbourg et auquel étaient dus des succès. La théorie du raccourcissement est exposée avec soin et d'une manière ingénieuse; la thèse se termine par quelques observations qui ont de l'intérêt. Les considérations pratiques présentées par M. Lacrampe-Loustaud *sur le traitement des fractures du fémur par la demi-flexion* font ressortir l'avantage de cette méthode; l'auteur décrit un appareil simplifié qui peut rendre des services.

Les *résections intra-buccales du maxillaire inférieur* (883) constituent une opération rare; M. Massoutié discute les procédés mis en usage; il décrit avec détails celui de M. Michel, qui a pratiqué avec succès la résection de la branche montante du maxillaire inférieur par la cavité buccale.

M. Guillemin, dans une bonne thèse (880), discute les *indications et les contre-indications de la résection du genou* dans les cas d'ankylose. Il expose d'abord les résultats de la statistique, qui sont favorables à cette opération; il apprécie les indications tirées de la position du membre, de la nature de l'ankylose, de l'état général du malade, des conséquences mêmes de la résection. L'opération est surtout applicable aux cas de soudure osseuse ou de réunion par ostéophyte. Le manuel opératoire comprend plusieurs procédés; l'auteur insiste sur celui qui s'applique à la résection angulaire. Une observation de succès, due à M. Bœckel, termine la thèse. Malgré des réussites, cette résection doit compter parmi les opérations graves; elle a occasionné la mort; elle a été suivie d'amputation; elle doit être justifiée par des indications pressantes.

Trois thèses se rapportent au groupe des névralgies et aux opérations qu'elles comportent. La thèse de M. Goux a pour titre : *Des causes de récidive des douleurs névralgiques, à la suite des opérations de névrotomie*. C'est un bon travail, dans lequel l'auteur cherche à déterminer les causes certaines des récidives; ce sont : le siége trop élevé de la lésion qui est le point de départ des douleurs, l'apparition de la maladie dans un nouveau

rameau, la compression du nodus qui se forme à l'extrémité du bout supérieur du nerf réséqué. Il peut arriver que la section seule du rameau primitivement atteint fasse disparaître pour toujours les douleurs, tandis que dans d'autres cas, comme l'a constaté M. Michel, on n'obtiendra la guérison qu'au prix de la résection de toutes les branches du même tronc. Ces diverses causes, bien analysées dans cette thèse, expliquent les dissidences des chirurgiens sur les résultats de cette opération. Un *cas de névralgie trifaciale traité sans succès par la névrotomie* est l'occasion de quelques remarques de M. Ditandy sur les formes de cette affection qui sont réellement du ressort de la chirurgie. M. Minzior présente quelques considérations sur l'étiologie et le traitement de la *névralgie des téguments*.

Syphiliographie. Nos cliniques spéciales ont aussi été l'occasion de travaux intéressants. La thèse de M. Dumas (938) est intitulée : *Quelques considérations sur la voie que prend la syphilis pour envahir l'économie.* L'auteur expose à cet égard les idées de M. le professeur Küss; il divise son travail en deux parties. Dans la première, il a pour but d'établir que la syphilis n'est pas une maladie du sang; dans la seconde, il recherche comment la syphilis se propage dans l'organisme, sans l'intermédiaire de ce liquide.

Les observations d'inoculation de la syphilis au moyen du sang sont peu nombreuses et prêtent à la critique; cette remarque s'applique surtout aux inoculations vaccinales. La propriété contagieuse du sang est d'ailleurs rendue bien douteuse par ce fait que les produits provenant de ce liquide lui-même ne sont pas contagieux. La syphilis, d'abord locale, devient régionale, puis générale, par une véritable imbibition des tissus. Des faits cliniques sembleraient prouver que la maladie se propage par une espèce d'infiltration; qu'elle imbibe successivement les tissus à partir du lieu de la contagion,

pour se fixer définitivement dans certains lieux d'élection, variables suivant les individus. La marche lente de l'invasion semble exclure l'hypothèse de l'infection du sang. Les cellules plasmatiques s'altéreraient de proche en proche et le virus pénétrerait ainsi dans les organes les plus profonds.

M. Dissaux (860) préconise le traitement de l'*orchite blennorrhagique par les frictions stibiées.* Il caractérise d'abord cette affection, qu'il ne considère pas comme occupant uniquement l'épididyme. Il étudie l'anatomie de la région à un point de vue pratique et il insiste sur l'inversion testiculaire et sur les rapports qui existent entre l'épididyme et le testicule et qui peuvent varier. L'induration de l'épididyme, à la suite de l'orchite blennorrhagique, est examinée dans ses causes, dans son influence sur le pouvoir générateur; à la suite d'épididymites bilatérales, la disparition des spermatozoaires peut être prolongée ou même définitive, par suite de l'obstruction des voies spermatiques. Le traitement par les frictions stibiées, que M. Dissaux a vu expérimenter à la clinique de la Faculté par M. le professeur Michel, paraît avoir l'avantage de faire cesser promptement les douleurs et d'amener une rapide et complète résolution.

M. René (862) a retracé l'*histoire de l'arthrite blennorrhagique;* ce travail très-complet résume l'état actuel de la science. Des tableaux statistiques indiquent la fréquence, l'époque d'apparition, le siége le plus habituel de cette arthropathie; elle peut revêtir toutes les formes du rhumatisme articulaire; elle se montre surtout aux grandes articulations, notamment au genou; elle semble facilement produire des épanchements articulaires.

M. Dubois (863) a réuni cinq observations de *rétrécissement syphilitique de la trachée*, publiées par divers auteurs; l'un de ces faits a été recueilli à Strasbourg par M. le docteur Bœckel. Avec ces observations, il retrace l'histoire générale de la maladie; il montre que les rétrécissements, le plus souvent situés

à peu de distance de la bifurcation des bronches, sont dus à un tissu cicatriciel d'autant plus épais que l'ulcère a été plus profond; il insiste, pour expliquer cette occlusion, sur les effets du tissu inodulaire, dont la rétraction efface peu à peu le calibre du vaisseau, qui n'est plus soutenu par les cerceaux cartilagineux, ulcérés et détruits.

Un *cas de syphilis tertiaire*, observé à la clinique de M. le professeur Schützenberger, fait le sujet de la thèse de M. Mathias (857), et est l'occasion d'une description des phénomènes syphilitiques de cet ordre. La maladie est étudiée principalement dans les os, dans le cerveau et dans les poumons. Une bibliographie, comprenant quatre-vingts thèses ou mémoires, montre que les premiers travaux sur la syphilis cérébrale appartiennent à l'École de Strasbourg.

Obstétricie. Les thèses relatives aux accouchements sont au nombre de dix-sept; elles soutiennent la réputation méritée de l'enseignement obstétrical de notre École. C'est à Strasbourg en effet qu'a été établie en 1737, sous la direction de Fried, la première clinique d'accouchement. Le magistrat de cette ville avait fondé alors une institution qui partout ailleurs a rencontré tant d'obstacles; c'est en 1835 seulement, comme le fait remarquer M Stoltz dans un ouvrage récent, que la clinique obstétricale de Paris a commencée à fonctionner, et de grandes maternités en France restent encore aujourd'hui complétement fermées à l'enseignement. Dès l'origine de la Faculté de Strasbourg, la clinique obstétricale s'est ouverte, dirigée par Flamant, puis continuée par M. Stoltz, et, grâces à la libéralité des règlements et à l'habile direction des maîtres, nos élèves ont pu puiser largement à cette source d'observations. Pouvons-nous nous étonner de voir les maladies des femmes figurer en si forte proportion parmi nos sujets d'étude? Ne savons-nous pas, comme le rappelle si à propos l'épigraphe d'un de nos jeunes lauréats, que « la somme des maux de la

femme est bien au-dessus de celle que la nature a départis à l'homme; sous ce rapport, la condition des femmes est des plus pénibles, et nos efforts doivent tendre à les soulager » (Vigaroux).

Sous le titre de : *Quelques observations de matrices doubles*, M. Boppe (nº 934) fait une histoire sommaire de ce vice de conformation, considéré autrefois comme une cause de fécondité et de superfétation, mais qui en définitive n'a le plus souvent que des conséquences fâcheuses pour la grossesse et pour l'accouchement. Le mérite principal de cette thèse est un fait nouveau d'utérus biloculaire, découvert par le jeune candidat en commun avec M. Machizot, à la salle de dissection de la Faculté; cette pièce, aujourd'hui déposée au Musée, complète notre intéressante collection de matrices doubles. M. le professeur Stoltz possède une trentaine de dessins de ce vice de conformation; le Musée de la Faculté a cinq pièces de ce genre, parmi lesquelles figure la matrice décrite par Eisenmann, un des exemplaires les plus complets qui existent. La matrice double qui fait le sujet de cette thèse provient d'une fille de soixante-deux ans, qui était vierge; il n'existe qu'un hymen; c'est en ce point seulement que la pièce est moins complète que celle d'Eisenmann, qui présente deux hymens, un à l'entrée de chaque vagin. Derrière cette membrane, dans la pièce nouvelle, commence la cloison verticale, qui sépare en deux toute l'étendue du vagin et de l'utérus; cette disposition constitue la matrice double, biloculaire, complète, sans trace de division extérieure. La synonimie mériterait ici d'être fixée; la matrice double est bifide, quand elle offre des traces extérieures de division; elle est biloculaire complète, lorsque la division interne est complète jusqu'à l'orifice vaginal; elle est bicorne ou bicolle, suivant l'étendue de la division. Les matrices biloculaires complètes sont rares; aux cas indiqués par Forster et par Eisenmann on ajoutera la pièce décrite dans cette thèse.

L'auteur s'occupe ensuite des utérus unicornes, et il cite à

cet égard les remarques de M. Stoltz sur la difficulté qu'éprouve l'œuf à se développer dans la corne incomplète; il constate la rupture habituelle de la poche, du troisième au cinquième mois; les grossesses du côté incomplet ont été généralement prises pour des grossesses tubaires.

De l'influence du mariage et de la grossesse sur les maladies en général et sur les névroses en particulier, tel est le titre de la dissertation de M. Landais, qui embrasse ainsi un sujet très-étendu, appartenant à la fois à l'hygiène et à la pathologie. De nombreux auteurs ont été consultés pour cette thèse, écrite avec soin, et qui se termine par une bibliographie d'une réelle valeur. Les opinions diverses sont exposées et appuyées d'observations qui montrent combien varie l'influence indiquée.

La thèse de M. Ferron, sur les *vomissements incoercibles pendant la grossesse* (897), est rédigée dans un bon esprit et mérite d'être remarquée. L'auteur discute la question, si souvent controversée, de savoir s'il est permis, après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, de provoquer l'avortement pour faire cesser les vomissements incoercibles des femmes enceintes. Il cherche d'abord à bien fixer les idées sur ce qu'on doit entendre par vomissements incoercibles; il présente le tableau de la maladie qu'il partage en plusieurs périodes. En l'absence de toute lésion organique, il la rattache à l'ordre des névroses. L'art ne possède point de moyens spécifiques contre cette maladie; lorsqu'elle est entrée dans sa seconde période, caractérisée par l'émaciation et par la fièvre continue, le médecin doit imiter ce que fait parfois avec succès la nature, et se résoudre à la provocation de l'avortement, seul moyen de salut dans ces cas désespérés.

Un cas de *grossesse extra-utérine*, terminé par l'inclusion de l'œuf et suivi de deux grossesses normales, a été l'occasion du travail de M. Bolard (904). Ce fait remarquable provient de la pratique de M. le professeur Stoltz et est relaté avec détail dans la thèse. L'histoire des grossesses extra-utérines est ensuite

exposée, en suivant les divisions généralement admises. Les principales remarques anatomo-pathologiques portent sur le kyste lui-même et sur l'état de la matrice. Le cathétérisme utérin est utilisé comme moyen de diagnostic. Une des parties les plus intéressantes de la thèse est le relevé de 85 observations, recueillies dans différentes publications et analysées par l'auteur de manière à appuyer ses conclusions sur la statistique. Le traitement présente deux indications, sauver l'enfant, s'il est vivant; s'en remettre, le plus souvent, aux ressources de la nature, quand il a cessé d'exister. Sur 11 cas de gastrotomie on compte 8 succès.

Si l'*hydrorrhée utérine pendant la grossesse* provenait de la cavité ammiotique, elle serait promptement suivie de l'expulsion du produit de la conception. Les fausses eaux ont une autre origine; M. Vieusse (879) les attribue à une infiltration des parois de la matrice; il retrace ensuite l'histoire de cette affection, en insistant sur les soins qu'elle exige.

M. Schindler (854) a recueilli à la clinique de M. le professeur Stoltz d'intéressantes observations de *cachexie aqueuse pendant la grossesse.* Après l'exposé des recherches chimiques sur l'état du sang, l'auteur discute la théorie de cette affection. Le sang, par suite de la grossesse, éprouve une diminution dans la proportion de son albumine; cette diminution est physiologique, et nait sous l'influence de diverses causes. Cette quantité peut s'abaisser encore, soit qu'il se forme moins d'albumine dans le sang, soit que ce principe soit éliminé en trop forte proportion; des infiltrations générales peuvent alors subitement s'établir; l'albuminurie est d'ailleurs elle-même une cause assez fréquente de cachexie aqueuse aiguë.

M. Perrel étudie les causes de la *rétention du placenta dans l'accouchement* (895). Il conserve la division proposée par M. Stoltz, en causes mécaniques et dynamiques; il rapporte deux observations de rétention placentaire occasionnées par la distension de la vessie.

M. Alibran rapporte dans sa thèse (907) deux observations inédites de *thrombus du vagin* pendant l'accouchement, recueillies par MM. Stoltz et Aubenas. Il envisage cette affection comme un obstacle à la parturition et comme un danger en elle-même, et il insiste sur la nécessité d'un traitement actif. M. Barthez résume l'histoire de la *déchirure du périnée* pendant l'accouchement. Une observation intéressante de *phlegmon péri-utérin* (881) a fourni à M. Kessler l'occasion d'étudier cette affection pendant l'état de vacuité de l'utérus. M. Basque présente quelques remarques sur la *descente de la matrice* et sur les difficultés du traitement de cette infirmité.

Dans sa thèse sur la *nature et les causes de la fièvre de lait* (870), M. Eichinger fait connaître les opinions modernes sur cette question; il montre que le mouvement fébrile appelé *fièvre de lait* ne survient pas nécessairement et qu'il peut être prévenu par l'application précoce de l'enfant au sein. Chez une accouchée à l'état normal, le pouls éprouve souvent un ralentissement notable. La fièvre de lait, quand elle existe, ne tient pas à l'établissement de la fonction sécrétoire, mais bien à un état congestif et inflammatoire, causé par l'accumulation du lait dans les conduits. Cette fièvre d'ailleurs a souvent une autre origine que la sécrétion laiteuse; elle peut dépendre de causes très-variées, du traumatisme, de suppuration, de refroidissement. Ces faits sont judicieusement appréciées par l'auteur.

Études critiques sur les tumeurs de la mamelle, dites adénoïdes, tel est le titre du travail de M. Huvelin (865); il y reste fidèle en montrant qu'après bien des recherches micrographiques et cliniques la question n'est pas résolue, et qu'on ne peut affirmer à une malade opérée de tumeur adénoïde que son mal ne récidivera pas. La question ne sera éclaircie que par une connaissance exacte du point de départ de la maladie et des transformations morbides des éléments qui composent la glande.

M. Vedel (851) s'occupe des *signes de la mort du fœtus pendant la grossesse* et des indications que cette mort fournit. Les signes physiques sont seuls décisifs; les plus importants sont la cessation des battements du cœur et les indices de la putréfaction. La durée possible du séjour dans l'utérus du fœtus mort, son influence sur la mère, la convenance d'une intervention de l'art sont en suite l'objet de quelques remarques.

M. Huchard (906) a eu l'occasion d'observer dans le service clinique de la Faculté un cas de *paralysie du nerf facial produit par l'application du forceps;* il a fait de cet accident le sujet de sa thèse, et tout en constatant que cette question a déjà été approfondie par d'habiles maîtres, il a ajouté quatre observations tirées de la pratique de M. Stoltz, à l'histoire de cette lésion. Dans un cas où la mort a eu lieu au bout de quelques jours par une autre cause, on constata l'intégrité du nerf. Les autres observations servent à démontrer l'existence de la maladie et sa durée passagère. Le plus souvent cette paralysie disparaît en quelques jours, sans aucun traitement; il faut chercher à prévenir l'accident par une application méthodique du forceps.

Matière médicale et thérapeutique. M. Bécoulet, interne dans un asile d'aliénés, a présenté quelques considérations sur l'*emploi de l'opium dans le traitement de la manie;* il expose à cet égard les opinions divergentes des auteurs, et rapporte un certain nombre d'observations dans lesquelles l'action de ce médicament a été utile.

M. Bouloumié décrit le *catarrhe vésical* et cherche à établir l'efficacité des eaux de Vittel contre cette affection; quatre exemples de succès sont exposés avec détails dans cette thèse.

Médecine légale. Quatre thèses se rapportent à cette catégorie.

M. Soulbieu (913) passe en revue les principales causes qui peuvent amener l'*infécondité chez l'homme.* La condition né-

cessaire de la fécondité, c'est l'union du spermatozoïde à l'œuf; toutes les causes d'infécondité se rattachent à des vices de sécrétion et d'excrétion. Admettant cette division, le candidat examine les principales influences physiologiques et pathologiques; il relate les faits constatés à l'occasion de la monorchidie, de la cryptorchidie, de l'orchite, des affections de l'épididyme, et reste au courant de la science sur les questions difficiles, qu'il expose avec exactitude et convenance.

La thèse de M. Roze (872) est une *monographie de l'hymen*, avec des recherches anatomiques propres à l'auteur. Un historique détaillé montre l'importance qu'à toutes les époques on a attribué à cette membrane, et les problèmes nombreux qui se rattachent à cette preuve fragile de la virginité. La description anatomique reproduit en grande partie les faits déjà exposés dans une excellente thèse de M. Ledru, ancien élève de notre Faculté. L'organisation est étudiée avec soin; l'auteur donne une classification nouvelle des formes de l'hymen. Un tableau et des planches indiquent les variétés, au nombre de huit. Parmi les influences qui modifient les formes, il en admet une peu connue jusqu'ici, la conformation du périnée.

La physiologie est exposée avec détails; l'utilité principale de la membrane hymen serait de préserver du contact de l'urine la partie du vagin qui appartient à la génération; les fonctions d'ailleurs varient aux différents âges. Cherchant dans l'homme l'analogue de cet organe, il indique comme tel, non le frein, mais le repli muqueux qui recouvre chacun des canaux éjaculateurs à son orifice dans le canal de l'urèthre.

Les causes et le mode de déchirure sont surtout étudiés avec soin et d'après des observations nombreuses. La thèse de M. Roze n'a pas seulement un mérite bibliographique, elle est basée sur des faits. L'auteur a recherché, dans les services d'accouchements et de maladies syphilitiques, l'occasion d'examiner les débris de cette membrane. Il conclut d'une centaine d'observations que le nombre des caroncules varie suivant la

forme de l'hymen. Ainsi, dans la variété circulaire, les lambeaux sont le plus souvent au nombre de quatre, irréguliers, plus larges sur les parties latérales. Dans quelques cas existaient six lambeaux; d'autres fois, mais plus rarement, cinq ou trois, deux latéraux et un inférieur. Dans la forme en fer à cheval, on peut ne trouver que deux lambeaux. Un cas relaté dans la thèse est un nouvel exemple de la persistance de l'hymen jusqu'à l'époque de l'accouchement; la membrane éclata en quatre fragments au moment du passage de la tête. Un hymen circulaire, à ruban étroit, continu et sans déchirure, a été rencontré dans le service des maladies syphilitiques.

M. Roze a fait aussi quelques expériences relatives à la sensibilité de la membrane hymen ; les débris anciens, pincés avec force et tiraillés pendant des explorations médicales, ne développaient aucune sensation. La douleur causée par les premières approches paraît due à la dilatation de l'anneau vulvaire, bien plus qu'à la déchirure de l'hymen.

La médecine légale est plus sommairement traitée; les éléments des problèmes sont indiqués dans la thèse, où peut-être un rôle trop important est attribué aux cas exceptionnels. En résumé, c'est un bon travail qui met en évidence plusieurs faits de détails, nouveaux ou mieux observés.

M. Ribes s'est occupé de la *perversion morale chez les femmes enceintes*, considérée principalement au point de vue médico-légal. Il relate les faits qui établissent l'influence de la grossesse sur l'état mental; il discute les opinions des auteurs et arrive à cette conclusion que l'on a à résoudre une question d'aliénation mentale, dans laquelle la grossesse figure comme un des éléments étiologiques.

Un cas de *simulation de maladie chez une femme nerveuse*, observé par M. Hinglais (912) à la clinique de M. le professeur Schützenberger, est le sujet de cette thèse, qui a pour épigraphe: *Nisi videro, non credam!* Les manœuvres les plus bi-

zarres ont été déjouées par une observation attentive et par quelques moyens de rigueur. L'auteur a réuni de curieuses observations de simulations sans motifs; il indique les moyens de diagnostic et les dangers qu'entraînent pour des tiers, pour la société et pour les auteurs mêmes de la simulation, ces fraudes souvent difficiles à découvrir. Il analyse l'état moral des femmes qui se livrent à ces actes; la thèse est une intéressante étude sur une question qui a une réelle importance médico-légale.

Nous arrivons maintenant aux thèses qui sont en ligne pour les mentions ou pour les prix.

DE LA DIFFORMITÉ CONGÉNITALE DU PAVILLON DE L'OREILLE.

Cette thèse (878), modeste dans son titre, tient plus qu'elle ne promet; elle se compose de trois petites monographies très-complètes sur l'anatomie, la physiologie et les difformités du pavillon de l'oreille. Plus un sujet est restreint, plus il exige de recherches; il ne faut point s'exposer à ressusciter comme neuf un fait connu depuis longtemps. M. Feuvrier a lu avec le plus grand soin les livres et les mémoires qui traitent du pavillon de l'oreille; sa revue bibliographique est scrupuleuse; elle relève quelques interprétations fausses qui se sont glissés dans la physiologie; elle rend compte des travaux peu connus.

La partie anatomique est très-étendue; peu de détails sans doute ont échappé à l'auteur. La physiologie met en évidence l'utilité du pavillon et détermine son rôle, qui est double; réfléchir les ondes sonores par les inégalités de sa face externe, les diriger dans le conduit auditif; condenser et transmettre le son. Des observations et des expériences ne laissent aucun doute sur ces fonctions. Aux recherches de Savard s'ajoutent les intéressantes expériences de Schneider. L'auteur lui-même, jouissant de la faculté de mouvoir ses deux pavillons, à la fois

et séparément, par l'action des muscles extrinsèques, a pu contrôler et compléter ces faits; il a remarqué que cette faculté n'était d'aucune utilité pour les sons proches et forts, mais qu'elle servait à la perception des sons faibles et lointains. L'effet de cette mobilité des auricules est l'augmentation de l'intensité des sons et la connaissance plus exacte de leur direction.

Les anomalies du pavillon de l'oreille sont nombreuses; elles vont depuis l'absence congénitale jusqu'aux formes les plus diverses de l'atrophie et de l'hypertrophie générale ou partielle. Ici la question chirurgicale est neuve. Deux observations déjà publiées se rapportent à des résections du lobule ou de la partie supérieure du pavillon, ayant des dimensions exagérées. Un troisième fait, rapporté dans la thèse, appartient à notre collègue M. Michel; la partie supérieure de l'oreille retombait sur l'inférieure, de manière à cacher le tube auditif et à gêner l'audition. Cette disposition dépendait d'une trop grande largeur du cartilage due au déplissement congénital des saillies de l'hélix et de l'authélix. En enlevant une certaine étendue de ce cartilage et en lui donnant une direction nouvelle, l'opérateur a remédié à cette difformité; la cicatrisation a été complète sur toute la ligne divisée. Cette observation ajoute à l'intérêt de cette thèse, qui, dans les limites d'un sujet restreint, a exigé beaucoup de travail; elle a le mérite d'être une monographie complète.

PHYSIOLOGIE DES SPHINCTERS.

M. Robert (871) dans un travail étendu et fait avec soin, systématise l'histoire de toute une série d'appareils musculaires caractéries par les mêmes fonctions. Sa thèse réunit d'intéressantes considérations *physiologiques et pathologiques sur les muscles faisant fonction de sphincter;* les unes sont empruntées à divers anatomistes et notamment aux leçons de notre col-

lègue M. Küss; les autres sont propres à l'auteur; elles résultent de son observation personnelle et témoignent d'un esprit sage, en même temps qu'ingénieux.

La première partie de la thèse est consacrée à l'exposé de quelques généralités. Est destinée à remplir les fonctions de sphincter, toute réunion de fibres musculaires, lisses et striées, parallèles ou s'entrecroisant, disposée en anneau ou en boutonnières, circonscrivant une ouverture circulaire ou une simple fente, à l'orifice d'une cavité naturelle ou sur le trajet d'un canal. Cet appareil est disposé de manière à protéger en temps opportun les parties profondes ou externes, soit contre la sortie des corps contenus, soit contre le contact des agents extérieurs. Quelques sphincters sont composées de fibres lisses et représentent un anneau complet; ils sont sous la dépendance du système nerveux de la vie organique; les autres, en bien plus grand nombre, sont formées de fibres striées et présentent les dispositions les plus variées, en même temps qu'ils remplissent des fonctions complexes. Ces sphincters ont des muscles antagonistes ou congénères. L'auteur énumère ces divers appareils, en indiquant la classe à laquelle ils se rapportent.

La physiologie générale comprend l'étude de la tonicité, de la contractilité, de l'élasticité des sphincters. Ces organes ne sont pas continuellement contractés, mais ils doivent être toujours sur le qui-vive, en raison de l'excitabilité générale des défilés qu'ils circonscrivent. Le point de départ habituel des contractions est l'action reflexe, éveillée par diverses sensations; le plus petit nombre de ces muscles est soumis à la volonté. Ici l'auteur divise en quatre classes les mouvements reflexes auxquels se rattachent les contractions physiologiques et pathologiques de ces différents appareils: 1° mouvements reflexes des muscles de la vie animale, succédant à l'irritation des nerfs sensitifs céphalo-rachidiens; clignement des paupières, contractions du sphincter anal; 2° mouvements re-

flexes des muscles de la vie organique, succédant à l'irritation des nerfs sensitifs céphalo-rachidiens, contraction de l'iris par l'irritation du nerf optique; 3° mouvements reflexes des muscles de la vie animale par l'irritation des fibres sensitives du grand sympathique, spasmes de la glotte, du pharynx à la suite de certains états de l'utérus et des ovaires; 4° mouvemeuts reflexes de la vie organique par l'irritation des fibres sensitives du grand sympathique, dilatation de la pupille dans les affections vermineuses.

Un chapitre spécial est consacré à la paralysie et à la contracture des sphincters, examinées dans leurs causes, dans leurs effets, dans leur valeur séméïologique, comme indice d'affections des muqueuses, des nerfs, des centres nerveux. Les applications thérapeutiques ont ici beaucoup d'intérêt; de graves inconvénients résultent du relâchement ou de la contracture de certains sphincters. Il faut restituer au muscle son activité première en agissant sur ses fibres, ranimer le pouvoir reflexe en excitant les centres nerveux, ou en rendant à certaines muqueuses la sensibilité qu'elles ont perdue; suppléer par l'appoint des parties voisines à l'impuissance des muscles dégénérés; enlever la cause des perversions reflexes; obvier mécaniquement aux effets des contractures.

La seconde partie de la thèse est consacrée à l'étude spéciale des sphincters; forme, texture, rapports, fonctions, lésions, tous ces points sont minutieusement examinés; le plus souvent on voit que, loin d'être formé d'un muscle unique, indépendant, sans antagoniste, le sphincter comprend un appareil compliqué. Plusieurs articles sont très-complets et présentent des vues ingénieuses, notamment ceux qui concernent les sphincters du tube digestif, des organes génitaux et de l'œil, et bien qu'on puisse regretter que l'auteur n'ait pas concentré ses recherches sur quelques points spéciaux, cette thèse approfondit les questions et forme une remarquable étude de physiologie pathologique. On y retrouve les qualités

solides qui ont assuré à notre excellent élève le premier rang de sa promotion au Val-de-Grâce.

DE LA RÉSECTION COXO-FÉMORALE DANS LES CAS DE COXALGIE.

La clinique de Strasbourg a inauguré l'application des résections dans les cas de coxalgie par trois opérations dues à MM. Sédillot et Bœckel et dont deux ont été suivies de succès. Ces remarquables résultats ont engagé M. Isaac à prendre pour sujet de sa thèse inaugurale la *résection coxo-fémorale dans les cas de coxalgie* (864). L'historique de la question montre qu'en France on ne compte encore que cinq à six opérations de ce genre, tandis qu'à l'étranger ce nombre dépasse une centaine.

L'auteur établit d'abord les indications de la résection; il la conseille dans tous les cas où la carie est arrivée au degré qu'elle atteint dans les dernières phases de la coxalgie, avec gonflement, déformation de la hanche, flexion et adduction du membre, suppuration et fistules, sans aucune tendance à la guérison spontanée. Dans ces cas graves, l'expectation le plus souvent aboutit à la mort, ou par exception à une guérison achetée par de longues souffrances et avec un membre dont les fonctions resteront imparfaites. Dans ces cas mêmes la nature montre quelle est la voie à suivre pour arriver à une guérison; l'art peut imiter et perfectionner les procédés de cette guérison spontanée. Au lieu d'une lente élimination des parties cariées, c'est leur ablation instantanée qu'il doit produire. De vastes foyers purulents sont transformés en une plaie simple; le malade est placé dans les conditions les plus favorables que comporte une aussi grave lésion. L'anesthésie, qui épargne à l'enfant toutes les douleurs de l'opération, a rendu possible ce progrès chirurgical. La statistique, quoique restreinte, est déjà en faveur de cette résection; la thèse relate des résultats qui montrent que la moitié environ des opérations a été suivie de succès.

La question des contre-indications a une grande importance; l'état général du malade est surtout à considérer; la tuberculisation confirmée, la cachexie scrofuleuse avec lésions multiples, doivent arrêter le chirurgien, mais il fera aussi entrer en ligne de compte l'influence que la cessation de la suppuration et des douleurs exercent sur l'économie tout entière. L'auteur cite ici quelques cas où des indices de tuberculisation, où des signes de diathèse scrofuleuse très-caractérisée, se sont dissipés après la guérison de l'état local. Si la carie de la cavité cotyloïde était une contre-indication, le champ de l'opération serait de beaucoup restreint. Une coxalgie peut guérir spontanément même avec une lésion de ce genre; il est permis d'en conclure que l'art doit accepter la même espérance; les chances sont augmentées encore par les moyens de traitement appliqués directement sur l'os coxal. L'observation prouve qu'il en est ainsi, et la résection a obtenu des succès malgré la carie des parois de la cavité cotyloïde. La perforation même de la cavité n'a pas arrêté quelques chirurgiens dont les tentatives ont paru d'abord réussir. L'opération se trouve facilitée par la luxation spontanée de la tête du fémur.

Les suites de la résection paraissent moins fâcheuses pour les fonctions du membre que celles de la guérison spontanée; on a vu se reformer une articulation assez forte et assez mobile pour suffire aux besoins du malade; en définitive la résection dans la coxalgie est l'expression de la chirurgie conservatrice, puisqu'elle guérit sans mutiler; c'est une ressource extrême qui, appliquée à propos, peut sauver la vie et le membre du malade. Le manuel opératoire est exposé avec soin; la thèse se termine par deux observations pleines d'intérêt, qui mettent en évidence les avantages de l'opération. Ce travail est bien fait; il conduit logiquement à des conclusions d'une réelle importance et il appelle l'attention sur un des progrès récents de la chirurgie.

DE L'INFLAMMATION TUBERCULOÏDE DU POUMON CHEZ L'ADULTE.

M. Sorel (939) s'attache à distinguer la phthisie épithéliale de celle qui a son point de départ dans le tissu conjonctif du poumon. La première aboutirait à la dégénérescence graisseuse des éléments épithéliaux; la seconde, constituée par le véritable tubercule, aurait seule la propriété de se répandre dans le reste de l'organisme. Ce travail est basé sur vingt observations recueillies aux cliniques de la Faculté. Cinq de ces faits sont exposés avec détails.

L'auteur définit ainsi l'affection tuberculoïde : c'est une des formes de la phthisie caractérisée par l'inflammation lobulaire, avec transformation caséeuse de l'épithélium des dernières ramifications bronchiques et des vésicules pulmonaires, altération donnant lieu à la formation de nodules tuberculiformes et pouvant entraîner la destruction des tissus voisins et la formation de cavernes. Cette maladie a été décrite sous les noms de *pneumonie caséeuse*, de *tuberculose infiltrée*, de *phthisie épithéliale*, *caséeuse*, *tuberculoïde*, *galoppante*, *catarrhale* etc.

L'inflammation tuberculoïde se développe dans les organismes appauvris; elle est par excellence la phthisie acquise, sans être cependant entièrement soustraite à l'influence héréditaire. L'inflammation joue le rôle principal dans sa production; cette phthisie est toujours précédée d'un catarrhe bronchique. L'utilité pratique de la distinction de cette forme, c'est d'empêcher de regarder comme légères et de peu d'importance les affections catarrhales des bronches.

La phthisie épithéliale se distingue de la tuberculose aussi bien par ses symptômes que par ses caractères anatomiques; elle peut se présenter sous deux formes, l'une généralisée et aiguë, l'autre localisée et chronique. La forme aiguë est rapidement mortelle; deux à six mois constituent sa durée habituelle. L'hémoptysie figure rarement parmi les prodromes; les

signes physiques indiquent successivement la bronchite, l'engouement, l'induration, le ramollissement pulmonaires. L'état diarrhéique est rare et cède facilement aux médications appropriées; la fièvre est violente et continue. Le malade succombe les plus souveut à l'asphyxie produite par l'imperméabilité du poumon. Des nodosités grisâtres, demi-transparentes, gélatineuses, des noyaux jaunâtres infiltrés de granulations graisseuses, de petits foyers caséeux, des cavernules, caractérisent les divers degrés de cette affection, qui de l'épithélium se transmet peu à peu aux autres éléments du poumon. Le tubercule proprement dit peut compliquer cette forme épithéliale, et la distinction présente alors d'autant plus de difficulté que ce produit, comme le tuberculoïde, subit la métamorphose caséeuse, prend l'apparence de granulations, grâce à la forme anatomique des vésicules, et conduit à la production de cavernes.

La thèse de M. Sorel est riche en détails; ce travail a une véritable valeur par l'esprit d'observation, par la méthode qui y ont présidé; il constate un progrès dans les études pathologiques et mérite d'être remarqué.

ESSAI SUR LES INVERSIONS UTÉRINES ET SUR LEUR TRAITEMENT.

Le travail de M. Labrevoit (873), dit M. le professeur Stoltz, président de la thèse, est un des meilleurs de l'année; il donne un aperçu très-net de l'affection dont il traite; il se distingue par une érudition solide, des citations exactes et une critique judicieuse.

L'auteur définit l'inversion ou l'introversion de la matrice, cet accident dans lequel le fond de l'organe se déprime et s'engage plus ou moins profondément dans sa propre cavité, pour en sortir même à travers le col; cette affection a été longtemps confondue avec le prolapsus utérin. Les auteurs de ce siècle ont laissé peu à dire sur le mécanisme et le diagnostic des in-

versions; mais les observations détaillées et concluantes sont rares; M. Labrevoit rapporte un fait intéressant qui lui a été communiqué par un praticien distingué et qu'il a lui-même complété par un examen ultérieur.

Les différents modes de réduction sont exposés avec détail; l'auteur indique ceux qui méritent la préférence, suivant l'ancienneté de l'accident et ses complications. Le dernier remède, c'est l'extirpation de l'utérus; on y a été conduit par le hasard, en voyant les résultats heureux de la chute de cet organe à la suite de gangrène ou de son ablation alors qu'on croyait enlever un polype, de sorte que l'on peut dire que cette opération est fille d'une erreur de diagnostic. Les indications principales sont des hémorrhagies fréquentes et copieuses et la gangrène, les dégénérescences de l'organe qui menacent la vie de la femme.

La thèse se termine par un relevé statistique des extirpations de l'utérus renversé : c'est un travail fait avec beaucoup de soin, et qui donne l'indication précise des sources. Le relevé présente d'abord les cas de guérison, qui sont au nombre de quarante-quatre, puis les cas de mort, au nombre de quinze. Sans doute, quelques faits ont pu échapper et toutes les observations n'ont pas été publiées, celles d'insuccès surtout; mais cette enquête présente déjà des résultats importants. Sur 64 opérations, 44 ont eu une issue favorable; sur 15 opérations entreprises par erreur, on compte 10 cas de mort, deux sur trois; sur 49 opérations faites de propos délibéré, on n'a que 6 revers; la mortalité n'est plus que de un sur cinq. Quant à la valeur des méthodes, c'est la ligature suivie ou non de la section qui a fourni les meilleurs résultats. L'extirpation de l'utérus renversé est donc une opération légitime et dans certains cas elle est la seule chance de salut. Les conclusions sont nettement établies dans cette thèse, qui est un des bons travaux publiés sur la question.

ESSAI SUR LA GASTROTOMIE DANS LES CAS DE TUMEURS FIBREUSES PÉRI-UTÉRINES.

M. Caternault (nº 942), appelé comme aide aux opérations de gastrotomie pratiquées par M. le docteur Kœberlé, a cherché à faire connaître dans sa thèse inaugurale la pratique de cet habile chirurgien, en ce qui concerne une affection trop souvent rebelle aux ressources de l'art. L'ovariotomie a fait ses preuves; mais appliquer la gastrotomie à l'ablation des tumeurs péri-utérines, c'est une œuvre bien plus délicate et plus hardie et qui a peu de précédents. Il n'existe encore aucun mémoire complet sur les tumeurs de ce genre, et l'on n'avait point tenté de faire de leur extraction par la gastrotomie une opération chirurgicale régulière, acceptée par l'art et ayant ses indications déterminées.

La première partie de la thèse se compose des observations. L'auteur relate l'histoire détaillée des huit premières malades opérées par M. Kœberlé pour des tumeurs fibreuses de la matrice. Dans un second chapitre il analyse 76 observations connues aujourd'hui et dues à des chirurgiens américains, anglais et français. Quatorze cas se rapportent à des erreurs de diagnostic; on avait entrepris l'opération pour enlever un ovaire altéré : le chirurgien rencontre une tumeur fibreuse de l'utérus, qu'il ne se décide pas ou qu'il ne parvient pas à extraire; on compte ici 9 guérisons et 5 morts. Dans vingt autres cas, une tumeur pédiculée de l'utérus est enlevée par la ligature ou par l'énucléation; ici 8 guérisons et 12 morts. Quarante-deux fois on procède à l'amputation partielle de la matrice, avec ou sans extirpation des ovaires; 9 opérées guérissent, 33 succombent. M. Kœberlé, sur 8 cas de ce genre, a obtenu 3 guérisons.

La seconde partie du travail renferme l'histoire des tumeurs fibreuses péri-utérines : l'auteur les divise, au point de vue

de la gastrotomie, en corps fibreux intra-utérins ou interstitiels, accessibles aux moyens chirurgicaux par les voies génitales, et en corps fibreux péri-utérines qui relèvent de la gastrotomie. Il retrace leurs caractères, leur marche, leur transformation, leur influence sur les organes voisins, sur la fécondité et sur la grossesse. Le diagnostic différentiel réunit, sous forme de tableau, les caractères qui sont propres à empêcher la confusion, plusieurs fois commise, entre les tumeurs fibreuses péri-utérines et les kystes de l'ovaire. Le pronostic, appuyé sur une douloureuse statistique, appelle l'intervention de moyens plus décisifs que le simple traitement médical; c'est quand la vie de la malade est sûrement, immédiatement menacée, que le chirurgien doit intervenir.

La gastrotomie fait le sujet de la troisième partie du travail. Un historique général indique les applications diverses de cette opération. Le manuel opératoire est l'objet d'un exposé minutieux, qui comprend la préparation de la malade, l'opération elle-même, les complications, les pansements, les soins consécutifs. L'auteur insiste sur les divers perfectionnements introduits dans le manuel opératoire, notamment sur ceux qui ont eu pour résultat de reléguer parmi les rares exceptions le danger des hémorrhagies foudroyantes. La statistique, comprenant l'analyse détaillée de 62 cas, est comparée à celle de l'ovariotomie; si cette dernière a des résultats infiniment plus heureux (ainsi M. Kœberlé compte 20 guérisons sur 29 cas), l'extirpation des corps fibreux offre encore des chances suffisantes pour être tentée, dans les cas où la vie de la malade est compromise.

Les progrès récents de la chirurgie montrent d'ailleurs qu'elle n'a pas dit son dernier mot en ce qui concerne cette opération audacieuse. La thèse de M. Caternault précise l'état actuel de la question; elle évitera au chirurgien bien des recherches; c'est une œuvre utile, qui a une portée scientifique et qui met en évidence des faits glorieux pour notre École.

DE L'ÉPITHÉLIUM PULMONAIRE.

M. Schmidt (nº 931) a eu pour but de donner dans sa thèse la preuve de l'existence d'un épithélium pulmonaire continu, chez les vertébrés. Cette question est un des exemples les plus frappants de la difficulté que présente l'étude histologique de certains tissus, et des dissidences qui peuvent exister sur des faits d'observation. L'épithélium des vésicules pulmonaires est nié par les uns, il est décrit par les autres avec les détails les plus minutieux. Un historique très-complet montre à cet égard les opinions si opposées des micrographes, pendant une lutte qui dure depuis vingt ans.

Entraîné par goût vers les études histologiques, M. Schmidt a été curieux de savoir à quoi tiennent ces divergences, et il a voulu étudier la question par lui-même. Le mode d'observation et de préparation a ici une importance capitale. L'épithélium pulmonaire, s'il existe, doit être délicat et fragile; sans cela on ne comprendrait pas pourquoi tant d'observateurs ont échoué dans sa recherche. L'auteur discute d'abord les procédés employés, et il donne la préférence à l'imprégnation des cellules par le nitrate d'argent; facile à manier, précis dans son action, ce moyen d'investigation est à ses yeux une véritable découverte, et il le considère comme fournissant le réactif de la cellule épithéliale. C'est par ce procédé qu'Ebenz a obtenu de remarquables résultats, entièrement confirmés par les recherches de M. Schmidt.

Une série d'études ont été entreprises sur les poumons des reptiles, des poissons et des mammifères; des planches jointes à la thèse constatent les résultats obtenus. L'épithélium a été démontré dans toute l'étendue de l'appareil respiratoire. Les trabécules chez les reptiles, les bronches chez les mammifères, sont revêtus d'un épithélium cylindrique vibratile; les parties terminales de l'appareil respiratoire, alvéoles, vé-

sicules, cellules aériennes, dans lesquelles se fait l'échange entre l'air et le sang, sont revêtues d'un épithélium pavimenteux simple, sans cils vibratiles. Le passage d'un épithélium à l'autre se fait graduellement; les dernières ramifications bronchiques présentent déjà un épithélium pavimenteux. L'épithélium alvéolaire est continu et complet; il se compose de deux espèces de cellules : les unes plus petites, constatées par tout le monde; les autres plus grandes, transparentes et à peu près invisibles, sans le nitrate d'argent. Une distinction est faite pour les mammifères entre l'embryon et l'adulte. Chez le premier, les cellules sont régulières et de grandeur uniforme; elles ont de l'analogie avec celles des reptiles; chez le second, les cellules sont réunies en plus petit nombre pour former les groupes; beaucoup d'entre elles sont isolées et les plus grandes prennent l'aspect de plaques membraneuses très-minces et presque amorphes. Il importerait d'étudier l'influence des premières respirations sur ce tissu.

Le travail de M. Schmidt a exigé de longues et patientes recherches; il contient des faits qui resteront dans la science; il indique dans l'auteur une véritable aptitude aux études histologiques, et nous croyons utile d'appeler l'attention sur cette thèse, qui concourt à résoudre une question douteuse d'histologie.

Deux thèses d'une grande valeur se rattachent à l'étude de la sécrétion urinaire, considérée comme indice des modifications que présente la nutrition.

DE L'AUGMENTATION MORBIDE DES URINES, OU DE LA POLYURIE EN GÉNÉRAL.

M. Kien (nº 869) s'occupe de l'*augmentation morbide des urines, ou de la polyurie en général;* il admet de prime abord trois espèces de polyurie : celle qui comprend tous les cas où

l'eau seule est augmentée, l'hydrurie; celle où l'augmentation porte en même temps sur la somme des matières solides, le diabète insipide; celle enfin où les urines, plus abondantes, contiennent en même temps du sucre, le diabète sucré ou la polyurie glucosique. C'est sous la présidence de notre collègue, M. Hirtz, que se produit cet intéressant travail.

Le point de départ d'une étude de ce genre, c'est la détermination de la quantité et de la composition normale de l'urine; l'auteur donne à cet égard les moyennes généralement admises, et il y ajoute le tableau dressé par M. Hepp, d'après une centaine d'analyses faites sur des individus bien portants et appartenant à la population qui fréquente habituellement les hôpitaux. La moyenne dans les vingt-quatre heures est, pour un poids de 62 à 68 kilogr., 1600 à 1800 gr. de liquide, 50 à 62 gr. de matières solides, 28 à 33 gr. d'urée, 10 à 13 gr. de matières extractives, 12 à 15 gr. de sels inorganiques, dont 8 à 10 gr. de chlorure de sodium. Ce tableau fournit les mesures pour l'appréciation de la polyurie.

L'auteur cherche à faire une forme particulière de l'hydrurie, appelée aussi *polydipsie*, dans laquelle l'eau seule serait augmentée avec persistance de la composition normale de l'urine. Quatre observations, les seules qui aient pu être réunies, montrent une augmentation de la sécrétion, sans accroissement des matières solides. Un des faits surtout a de la valeur par la répétition des analyses. Les quantités de matières solides sont comparées à celle du tableau général, et il existe une concordance de moyennes; mais la limite physiologique individuelle n'avait pas été reconnue, et l'on peut se demander si, avant la polyurie, la proportion des principes solides n'avait pas été plus faible. Les faits d'ailleurs sont encore trop peu nombreux pour démontrer qu'une polyurie continue et abondante puisse persister sans entraîner une plus grande quantité de matières que l'excrétion normale.

La partie la plus importante de la thèse est consacrée à

l'étude du diabète insipide. Quatre observations, recueillies avec soin, complètes et accompagnées d'analyses répétées, constatent l'existence de cette maladie et ses caractères symptomatiques et chimiques. Dans la première, sur 2300 grammes d'urine, par vingt-quatre heures, on trouve 105 gr. de matières solides, 6 gr. d'urée, 72 gr. de matières extractives; dans la seconde, sur 2800 gr. de liquide, 71 gr. de matières solides, 25 gr. d'urée, 14 gr. de matières extractives; dans la quatrième, les chiffres sont 4400gr,94, 17 et 40 gr.; dans tous les cas, il y a absence de sucre et d'albumine. L'auteur a donc le droit d'établir nettement sa définition : le diabète insipide est une polyurie dans laquelle, outre l'augmentation de l'eau, la somme des matières solides de l'urine est augmentée d'une manière notable et constante. Uune sécrétion journalière de 2000 gr. avec 70 à 80 gr. de matière solide serait déjà un indice du développement de cette affection. L'urée diminue, les matières extractives augmentent. Les urines se chargent de produits d'oxydation moins avancée, et l'élimination de ces matières, avant qu'elles aient passé par les métamorphoses ordinaires, est une perte notable pour l'économie. Les forces s'épuisent, la constitution s'altère, la tuberculisation se développe et le malade succombe dans le marasme, comme à la suite de la glucosurie.

Le diabète sucré peut s'accompagner de polyurie et recevoir de cette complication une nouvelle gravité. L'élimination des matières extratives et des chlorures est suivie d'une consomption plus rapide et d'un développement plus facile de la tuberculisation. La perte des matières solides dépasse souvent celle de la glucose; trois observations constatent la sortie de 338 gr. de matières solides pour 256 gr. de glucose, de 464 gr. pour 313, de 577 gr. pour 402, dans les vingt-quatre heures. M. Kien cherche à établir l'indépendance des deux affections, qui existent réunies ou séparées, et il attribue la longue tolérance de l'économie pour certains diabètes sucrés à cette cir-

constance qu'ils ne sont point accompagnés de polyurie et de départ des matières solides.

Le diagnostic doit se baser sur l'analyse chimique; aucune des autres méthodes proposées n'atteint le but. Dans les considérations relatives à la pathogénie, l'intégrité habituelle du rein est démontrée par des observations, par un fait entre autres où, malgré l'énorme quantité de 20 litres d'urine émis chaque jour, les deux reins furent trouvés tout à fait sains; l'examen microscopique n'y a pas révélé la moindre lésion.

Le facteur le plus constant de la polyurie, c'est la suractivité rénale; la sécrétion est en rapport avec l'état de congestion de la glande et avec l'intensité de la pression à laquelle est soumise le sang artériel. Plus la circulation est active, plus la pression est forte dans les glomérules de Malpighi, plus aussi devient abondante la quantité d'urine émise. Cette suractivité peut être produite d'une manière mécanique, par toutes les causes qui augmentent la pression du sang; d'une manière dynamique, par l'action du système cérébro-spinal ou du grand symphatique sur les vaso-moteurs du rein, cette action étant directe ou réflexe. M. Kien a institué d'intéressantes expériences pour apprécier les effets des boissons aqueuses prises en quantité exagérée. L'analyse chimique a constaté dans cette polyurie artificielle une légère augmentation des matières solides et de l'urée; l'usage de l'alcool, au contraire, a amené une diminution de ces principes et a semblé enrayer les phénomènes de décomposition organique.

Ce travail est basé sur des observations et des analyses; il ajoute un fait important à l'histoire du diabète insipide, dont il détermine scientifiquement la nature. La thèse est rédigée avec talent; elle est digne de récompense; elle a disputé la première place à la dissertation suivante, qui traite du même sujet.

La thèse de M. Kiener (914) est une œuvre hors ligne, originale par le sujet, riche de travaux chimiques et d'observations cliniques, féconde en déductions pratiques d'une réelle portée : telle est l'opinion émise sur ce travail par M. Hirtz, président de la thèse, et que confirme l'analyse attentive de cette dissertation.

Le titre d'*Essai sur la physiologie de la polyurie* indique le but et la direction des recherches; l'étude physiologique du phénomène est le point de départ de l'auteur, qui s'attache à n'admettre qu'une théorie conforme aux faits et soutenue par l'observation. Une série de faits recueillis à la clinique de la Faculté, sous la direction de M. le professeur Hirtz, et accompagnés d'analyses minutieuses, dues à M. Hepp, sert de base au travail.

La polyurie est d'abord examinée sous le point de vue étiologique; suivant la nature de sa cause, c'est tantôt un phénomène transitoire, tantôt l'expression d'un état général grave de l'économie; d'autres fois enfin c'est un trouble morbide essentiel. La sécrétion rénale ramenée à son expression la plus simple est la transsudation de divers éléments du sang au travers du parenchyme rénal, que l'on peut réduire idéalement à une simple membrane doublée d'épithélium. La quantité d'urine émise dans un temps donné dépendra, d'une part, de la quantité du liquide générateur qui traverse le rein, et de la quantité du même liquide que la membrane filtrante laisse passer, c'est-à-dire de l'intensité de l'exosmose.

Il y a donc une première série de causes qui influent *sur la rapidité* de la circulation, en accroissant la pression dans les gros troncs artériels, ou en diminuant la résistance dans les petits vaisseaux.

La pression étant supposée fixe dans l'artère, la rapidité

de la circulation augmentera par suite de la dilatation du système capillaire rénal ou par l'effet des altérations du sang, qui diminuent sa cohésion et son adhérence aux parois.

Une première espèce de polyurie est occasionnée par la dilatation des capillaires rénaux. L'agent de la dilatation et du resserrement des vaisseaux, c'est la fibre musculaire, dont la contractilité est mise en jeu par des influences nerveuses ou par une action directe sur le tissu. Il existe un centre cérébro-spinal d'innervation présidant à la sécrétion rénale. L'auteur expose les opinions les plus accréditées sur la nature et le mode de transmission de l'action de ce centre. Une polyurie, une glycosurie transitoire résultent de l'excitation, de la galvanisation des diverses portions du système nerveux. Une part précise n'a pas encore été faite aux actions diverses des nerfs sympathiques et spinaux. On est frappé de la fréquence des cas où la polyurie dépend manifestement d'une influence nerveuse. Les causes traumatiques, les affections cérébrales organiques, les névroses fournissent ici un nombreux contigent d'observations, dont quelques-unes sont empruntées à un travail de notre regretté confrère et ancien élève, M. Fritz. La polyurie nerveuse se présente avec une intensité extraordinaire, comme s'il n'existait pas de limites au relâchement irritatif des capillaires rénaux.

L'auteur s'occupe ensuite des agents médicamenteux qui déterminent la polyurie par une action directe sur les capillaires rénaux, et il déduit de ces données physiologiques les règles de leur emploi.

La polyurie altère donc les conditions normales de la nutrition; elle active dans les tissus les métamorphoses chimiques qui aboutissent à la formation des produits excrémentitiels. A un haut degré de polyurie, l'urine, qui entraîne une plus grande quantité de principes solides, présente une prédominance croissante des matières extractives sur l'urée.

La connaissance des quantités des matières solides conte-

nues dans l'urine donne la mesure de l'activité de la vie organique; cette vie a son livre à deux colonnes, l'une d'acquisition, l'autre de pertes, qui peuvent inégalement grossir. Si la réparation et le déchet s'effectuent dans la même mesure, l'activité plus ou moins grande des changements doit seule être prise en considération. Mais l'équilibre rompu devient une cause plus ou moins rapide d'épuisement et d'altération des organes. Dans les cas douteux, où la santé conserve ses apparences, c'est à la balance, c'est à des pesées répétées, d'un usage si utile, notamment en ce qui concerne les maladies des enfants, qu'il appartient de fournir l'élément décisif du problème. La polyurie peut elle-même offrir des avantages, elle se rattache à la médication diurétique et aux cures par les eaux minérales.

L'auteur, les faits en main, suit les effets morbides de la polyurie dans les maladies qu'elle complique et dans celle où elle constitue le fait essentiel. Si la polyurie est médiocre, les rapports des substances excrétées restent les mêmes, en augmentant de quantité; bientôt l'urée s'accroît, et à un degré plus avancé du mal les rapports normaux se modifient et même se renversent; une excrétion énorme de matières extractives se produit, elle égale, elle dépasse du double et du triple la quantité d'urée. Dès que la proportion de l'urine s'élève au-dessus de 5 ou 6 litres, le rapport normal, 33 gr. d'urée sur 13 gr. de matières extractives, se modifie sensiblement. Plusieurs analyses, commentées avec soin et appuyées de l'observation du malade, mettent hors de doute ce fait important.

L'organisme est aux prises avec une cause de ruine dont l'action est incessante; longtemps il résiste, mais enfin il cède, et les signes de cette lutte inégale sont l'émaciation, la perte des forces et en dernier lieu l'anémie. La décadence dont le polyurique est menacé est analogue à celle que produit l'inanition, et les moyens reconstituants doivent ici s'ajouter au traitement direct de la polyurie.

L'auteur cherche à caractériser l'espèce d'anémie qui se produit alors; elle est analogue à celle que déterminent l'albuminurie chronique, les suppurations prolongées, les hémorrhagies répétées, l'abus des alcalins. La matière albumineuse diminue dans le sérum du sang; c'est la désalbuminémie, l'hydro-albuminose, avec un certain degré d'anémie globulaire.

Dans la plupart des maladies aiguës ou chroniques, la polyurie est une complication grave. On constate la rareté d'une lésion de texture des reins. La polyurie peut avoir des conséquences inattendues; dans deux observations elle s'est accompagnée d'une rétention de l'urée dans le sang. Un fait rare, recueilli à la clinique de M. Hirtz, montre des vomissements incoercibles se rattachant à cet état, et confirme cette assertion que les accidents anémiques appartiennent aussi à l'histoire de la polyurie.

Un dernier chapitre présente l'appréciation des maladies à urines abondantes et celle des diverses théories sur la nature de ces affections. L'auteur admet d'abord une polyurie essentielle qui comprend la polydipsie, l'hydrurie, le diabète insipide des auteurs; elle est caractérisée par l'augmentation des principes solides excrétés; il y a des différences dans le degré et non dans la nature du mal. Les affections décrites sous les noms d'*azoturie*, d'*oxalurie* avec excès d'urée sont accompagnées de lésions plus ou moins graves du système nerveux; elles diffèrent évidemment de la polyurie. Celle-ci constitue un élément spécial dans le diabète sucré, attaquant à sa manière l'organisme déjà affaibli par l'excessive production du sucre. L'élimination plus rapide des matières azotées devient ici l'indice et la cause d'une fonte plus rapide des tissus. La désalbuminémie aiguë, l'hypo-albuminose chronique du sang s'accompagnent aussi de polyurie.

Ce long travail est résumé dans des conclusions très-nettes, qui montrent combien l'auteur possède son sujet et qui mettent en évidence les faits les plus importants de la thèse. Des re-

cherches minutieuses et difficiles ont atteint leur but; jetant un jour nouveau sur la question, elles rattachent à une loi physiologique la pathogénie, restée douteuse, d'un état morbide, aussi intéressant à étudier comme complication que comme maladie essentielle. Cette thèse est donc une œuvre originale, d'une réelle valeur; elle est bien écrite, disposée avec méthode; elle joint le mérite de la forme à celui du fonds.

Résumant les appréciations qui précèdent, nous constatons: 1° qu'un certain nombre de thèses méritent des éloges et contiennent des faits intéressants, qui ont été signalés dans le cours de ce rapport; 2° que neuf dissertations, par la nouveauté et l'intérêt du sujet, par l'étendue et le soin du travail, sont plus particulièrement en ligne pour les mentions et le prix; nous les classons dans l'ordre suivant:

1° La thèse de M. Kiener, sur la *Physiologie de la polyurie*, œuvre originale, basée sur des observations et des analyses, mettant en évidence des faits nouveaux, susceptibles d'applications pratiques.

C'est à cette thèse que nous proposons de décerner le prix.

2° La dissertation de M. Kien, sur le même sujet, envisagé sous un point de vue plus restreint, mais riche en constatations positives et faisant faire un progrès à l'histoire de l'une des formes de la polyurie.

Une première mention serait accordée à l'auteur de cette dissertation.

3° La thèse de M. Schmidt, *De l'épithélium du poumon*, travail indiquant une véritable aptitude aux recherches histologiques et mettant hors de doute des faits d'anatomie de texture encore contestés.

Cette dissertation, comme les suivantes, obtiendrait une mention.

4° La thèse de M. Caternault, *De la gastrotomie dans les cas*

de tumeurs fibreuses péri-utérines, étude très-complète d'une question nouvelle et appelant l'attention sur des faits importants qui sont particuliers à l'École de Strasbourg.

5° La thèse de M. Labrevoit: *Essai sur les inversions utérines et sur leur traitement*, travail d'érudition avec une critique judicieuse, arrivant à des conclusions positives sur l'efficacité d'une des graves opérations proposées par la chirurgie moderne.

6° La thèse de M. Sorel: *De l'inflammation tuberculoïde des poumons chez l'adulte*, confirmant par des faits cliniques et par l'anatomie pathologique l'existence d'une forme de phthisie qui a pour point de départ l'épithélium du poumon et dont le traitement présente des indications particulières.

7° La thèse de M. Isaac: *De la résection coxo-fémorale dans la coxalgie*, exposé de faits nouveaux, en partie recueillis à Strasbourg, et qui introduisent une opération efficace dans le traitement de la dernière période d'une des plus graves maladies de l'enfance.

8° La thèse de M. Robert: *Essai physiologique sur les appareils musculaires qui servent de sphincters*, étude approfondie et ingénieuse avec l'indication des troubles produits par la lésion de ces appareils.

9° La thèse de M. Feuvrier: *De la difformité du pavillon de l'oreille*, monographie très-complète sur un sujet restreint, avec une observation intéressante.

Nous proposons en conséquence d'accorder[1]:

1° Le prix de thèse à M. Kiener pour sa dissertation intitulée: *Essai physiologique sur la polyurie.*

2° Des mentions honorables dans l'ordre suivant à MM. Kien,

---

[1] Ces conclusions ont été adoptées par M. le ministre de l'instruction publique.

Schmidt, Caternault, Labrevoit, Sorel, Isaac, Robert et Feuvrier, pour leurs dissertations intitulées :

1° Kien, *De l'augmentation morbide de l'urine ou de la polyurie ;*

2° Schmidt, *De l'épithélium du poumon ;*

3° Caternault, *De la gastrotomie dans les cas de tumeurs fibreuses péri-utérines ;*

4° Labrevoit, *Essai sur les inversions utérines et sur leur traitement ;*

5° Sorel, *De l'inflammation tuberculoïde des poumons chez l'adulte ;*

6° Isaac, *De la résection coxo-fémorale dans la coxalgie ;*

7° Robert, *Essai physiologique sur les appareils musculaires qui servent de sphincters ;*

8° Feuvrier, *De la difformité du pavillon de l'oreille.*

